

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

544

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Flore Alberte GRAND

Née le 14 Novembre 1903 à Salonique (Grèce)

ANCIENNE INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

NÉPHRITES CHRONIQUES

ET

GESTATION

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

—
1934

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)

PAR

Flore Alberte GRAND

Née le 14 Novembre 1903 à Salonique (Grèce)

ANCIENNE INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

NÉPHRITES CHRONIQUES

ET

GESTATION

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAUVIGNE

1934

LE DOYEN : G. ROUSSY

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie.....	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET
Clinique médicale	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologie.....	LEMAIPRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Leon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) Pathologie médicale.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROCC..... Pathologie chirurgicale
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA..... Pathologie médicale.
 CHABROL..... Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT.... Pathologie médicale.
 FEY..... Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 GATELLIER... Pathologie chirurgicale
 DE GAUDART D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 GAYET..... Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENEAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino Laryng.
 HAZARD..... Pharmacologie.
 HUGUENIN.... Anatomie pathologique
 JOANNON..... Hygiène.
 LABBE (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUEJOUL. Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LEMAIRE..... Pathologie expérimentale.
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY.. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique
 PETIT-DUTAILLIS.. Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES..... Obstétrique.
 QUENU..... Pathologie chirurgicale
 RICHET..... Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SENEQUE..... Pathologie chirurgicale
 SEZARY..... Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIER..... Pathologie expérimentale
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 VALLÉRY-RADOT
 (Pasteur) ... Pathologie médicale.
 VELTER..... Ophtalmologie.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH..... Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale
 BUSQUET..... Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.
 ABRAMI Clinique médicale.
 AUBERTIN..... Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 HARVIER..... Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.

MM.
 GUENIOT..... Clinique obstétricale.
 LE LORIER Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL ... Clinique obstétricale.
 METZGER..... Clinique obstétricale.

MM.
 BASSET Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER.. Clinique chirurgicale.
 MOCQUOT Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé..... Education Physique.
 FREY..... Stomatologie.
 LEDOUX-LEBARD..... Radiologie clinique.
 WEILL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON MARI

A MON PERE

A MA MERE

A MON FRERE

MEIS ET AMICIS

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Professeur de clinique obstétricale et gynécologique

à la Faculté de médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la légion d'honneur

*Qui m'a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A Monsieur le Docteur LARDENNOIS
Professeur Agrégé
Chirurgien des Hôpitaux

*Avec toute ma reconnaissance pour la
bienveillance qu'il m'a témoignée en toute
circonstance.*

A Monsieur le Docteur MAURICE LACOMME

Professeur agrégé
Accoucheur des Hôpitaux

*Qui a été mon guide toujours bien-
veillant et à qui j'exprime ici ma profonde
gratitude.*

A Monsieur le Docteur BERGERET

Chirurgien de l'Hôpital de La Charité

*A qui je suis reconnaissante de
m'accueillir dans son service.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

M. le Professeur HARTMANN
M. le Professeur WIDAL (*in memoriam*).
M. le Docteur LAUBRY

Externat

M. le Professeur LENORMANT
M. le Professeur ROGER
M. le Docteur ARMAND-DELILLE
M. le Professeur WIDAL (*in memoriam*).
M. le Docteur GAUTHIER (CL.).

Internat provisoire

M. le Docteur FOURNIER (L). (*in memoriam*)

Internat

1929. M. le Professeur HARTMANN
1929. M. le Professeur agrégé LEVY-SOLAL
1930. M. le Docteur LORTAT JACOB (*in memoriam*)
1930. M. le Docteur BABONNEIX
1931. M. le Docteur LEVANT
1931. M. le Professeur agrégé LARDENNOIS
1932. M. le Professeur COUVELAIRE

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. les Professeurs Agrégés, PORTES, MOREAU.

MM. les Docteurs CLEISZ, DIGONNET
Accoucheurs des Hôpitaux

M. le Docteur MADIER
Chirugien des Hôpitaux

MM. les Docteurs DE GENNES, LAPORTE
Médecins des Hôpitaux

A la première page de cette thèse qu'il me soit permis d'exprimer à mon Maître le Professeur Couvelaire mes sentiments de respectueuse gratitude pour les conseils précieux qu'il a bien voulu me donner au cours de l'exécution de ce travail et pour la sollicitude bienveillante qu'il m'a témoignée en toutes circonstances.

INTRODUCTION

Nous avons réuni, dans ce travail 42 observations de néphrites chroniques au cours de la gestation, observées à la clinique Baudelocque de 1925 à 1933 inclusivement et nous avons essayé de les compléter en recherchant l'état actuel des femmes. Nous avons pu avoir des renseignements sur 22 d'entre elles ¹; 8 seulement ont pu être examinées.

A l'aide de ces observations, nous avons essayé de préciser certains points concernant le diagnostic, le pronostic et le traitement des néphrites chroniques pendant la gestation.

1. Nous tenons à remercier personnellement M^{lle} Lecellier assistante sociale du service du concours qu'elle nous a apporté pour la rédaction de ce travail, et de l'extrême obligeance qu'elle a toujours mise à nous aider dans notre tâche.

HISTORIQUE

Nous n'avons pas à faire ici l'histoire des néphrites chroniques. Nous l'étudierons simplement dans ses grandes lignes pour montrer comment l'évolution des idées sur les néphrites chroniques a entraîné une modification de la conception des accidents rénaux au cours de la gestation.

C'est en 1818 que Blackhall constate pour la première fois la présence d'albumine dans les urines des femmes enceintes.

Peu de temps après, en 1827, Bright décrit trois variétés d'altérations rénales et montre le rapport pouvant exister entre certaines hydropisies et les lésions rénales.

A sa suite, de nombreux auteurs étudient les néphrites et proposent des classifications basées sur l'anatomie pathologique. Alors que les unicistes avec Frerichs, admettent l'unicité du processus, les dualistes distinguent sous le nom de mal de Bright plusieurs processus distincts. Dès cette époque on commence à séparer l'albuminurie gravidique de la néphrite chronique.

Rayer en 1840 montre que « la néphrite albumineuse qui se déclare les derniers mois de la grossesse est beaucoup moins grave que celle qui a précédé la conception,

qui persiste pendant la grossesse, ou qui se déclare dans les premiers mois de la gestation ».

Blot pour la première fois en 1849 distingue nettement l'albuminurie gravidique qui existe sans lésions maternelles et guérit rapidement, de la néphrite albumineuse.

Depuis ces premiers travaux, tous les auteurs distinguent formellement l'albuminurie gravidique de la néphrite chronique au triple point de vue étiologique évolutif et pronostique.

Tarnier en 1886 dans son traité d'accouchement décrit à côté de l'albuminurie gravidique une albuminurie indépendante de la gestation et qui s'aggrave sous son influence.

C'est surtout Vinay qui, en 1894, dans son traité des maladies de la grossesse fait une étude remarquable de la question.

Non seulement il distingue l'albuminurie gravidique primitive, de l'albuminurie antérieure à la fécondation, celle-ci caractérisant le mal de Bright, mais il montre l'existence d'une affection intermédiaire : le rein gravidique à répétition pouvant créer à la longue des lésions définitives.

Il montre, d'autre part, la confusion qui peut exister entre l'albuminurie gravidique et le mal de Bright. Celui-ci n'est pas toujours connu avant la gestation « et l'on peut se demander lorsque l'albuminurie devient chronique si le rein était vraiment sain au début de la gestation. Il existe un certain nombre de néphrites latentes que la grossesse contribue à mettre en évidence ».

Ainsi Vinay, dès 1894 voyait les principales difficultés de la question.

Malgré les nombreux travaux parus depuis, ces problèmes restent actuels et ne sont pas encore résolus.

Avec Achard et surtout Widal et son école, l'étude des néphrites fait un progrès considérable. On abandonne l'étude de l'anatomie pathologique pour celle de la physiologie pathologique, et on établit une nouvelle classification des néphrites basée sur l'intensité et la modalité des troubles du fonctionnement rénal.

Widal montre que pour la pratique la symptomatologie des néphrites se résume en 4 grands syndromes : le syndrome de rétention chlorurée, le syndrome de rétention azotée, le syndrome urinaire, le syndrome cardio-vasculaire. C'est de l'association variable de ces grands syndromes que naissent les aspects divers présentés par les néphrites.

Sous l'influence de ces travaux on étudie non plus seulement l'albuminurie du mal de Bright, mais les différents troubles du fonctionnement rénal, en fonction des 4 grands syndromes décrits par Widal. On constate que le pronostic est différent suivant le syndrome en cause.

A Weill et Wilhelm en 1911 étudient les troubles oculaires au cours de la gestation et constatent que l'amaurose correspond à la chlorurémie, la rétinite à l'azotémie.

Wallich en 1912 (Congrès de Berlin) montre la valeur de l'hypertension gravidique.

M. le Professeur Couvelaire en 1922 apporte une observation typique de néphrite chronique à forme azotémique qui a été aggravée par la gestation.

Mathieu en 1924, dans sa thèse faite à la clinique Baudelocque conclut que les néphrites chroniques antérieures à la gestation sont aggravées de façon variable suivant le syndrome qu'elles réalisent, le syndrome hypertensif étant de beaucoup le plus grave.

A côté des néphrites chroniques existent des néphrites gravidiques qui peuvent devenir chroniques.

M. le Professeur Lemierre en 1925 (leçon faite à la clinique Baudelocque) montre l'aggravation par la gestation des néphrites azotémiques et hypertensives.

Les néphrites chlorurémiques sont moins graves. La vie de l'enfant ne paraît pas compromise.

Cleisz et Landat en 1927, étudient l'azotémie chez la femme enceinte. « Chez la femme enceinte normale le fonctionnement rénal frise l'anomalie ». « Surtout à la fin de la gestation, il existe une rétention d'azote qui n'entraîne pas l'augmentation de l'urée du sang. »

Au cours des néphrites chroniques le syndrome azotémique pourra se manifester sous forme d'une poussée aiguë transitoire. L'azotémie une fois apparue peut suivre une courbe ascendante. L'azotémie est progressive.

Dans ce cas, le pronostic établi par Widal se vérifie.

Voron et Pigeaud en 1930 publient deux observations de néphrite hypertensive. 2 thèses faites dans le service du Professeur Voron, celle de Moleyre en 1930 portant sur 10 observations de néphrite hypertensive et celle de Brochier en 1931 portant sur 6 observations d'albuminurie accompagnées de rétention chlorurée arrivent aux mêmes conclusions : la néphrite hypertensive est la plus grave et la plus aggravée par la grossesse. Le pro-

nostic est sombre pour la mère et l'enfant. La rétention chlorurée est beaucoup moins grave. Le pronostic fœtal est bon.

Quels sont les résultats de ces différents travaux ? La possibilité d'une exploration plus complète du fonctionnement rénal, permettant de faire des distinctions au point de vue pronostic suivant le syndrome dominant.

Mais les points obscurs bien mis en évidence par Vinay subsistent.

Tous les symptômes qu'on a décrit pour la néphrite chronique, sauf l'azotémie, se rencontrent également dans la néphropathie gravidique. L'étude plus complète des fonctions rénales, a donc laissé persister la difficulté du diagnostic différentiel.

Certains auteurs en Allemagne ont essayé une nouvelle classification des troubles rénaux de la gestation en faisant un retour vers la classification anatomo-pathologique des néphrites (Von Jaschke); nous n'avons pas pu vérifier leurs assertions, mais le fait qu'elles sont discutées même en Allemagne, paraît montrer qu'elles ne répondent pas pleinement à la réalité des faits.

De très nombreux travaux montrent la transformation possible d'une néphropathie gravidique en néphrite chronique, avec une fréquence variable suivant les auteurs.

S'agit-il vraiment d'une transformation ou de l'extériorisation d'une néphrite jusque là latente à l'occasion d'une gestation, comme le supposait Vinay ? la question reste en suspens.

L'étude des néphrites a encore évolué depuis la classification de Widal. On a reconnu que le rein avait des fonctions beaucoup plus complexes qu'on ne l'avait supposé. On a édifié de nouvelles théories sur les œdèmes et le rôle du chlorure de sodium a été mis en doute dans leur pathogénie. On a étudié la rétention d'autres corps que celle de l'urée et du chlorure de sodium. Jusqu'à présent ces explorations n'ont pas apporté plus de clarté dans l'étude des troubles rénaux au cours de la gestation. Peut-être permettront-elles une classification plus nette d'affections dont les frontières ne sont pas actuellement bien tranchées

PREMIÈRE PARTIE

ÉTUDE DES OBSERVATIONS

Nous envisagerons successivement :

— Les éléments du diagnostic de la néphrite chronique au cours de la gestation.

— Les manifestations de la néphrite chronique pendant la gestation et leur évolution après l'accouchement.

De cette étude, nous essayerons de tirer des indications pour le traitement.

DISCUSSION DES ÉLÉMENTS DU DIAGNOSTIC DE NÉPHRITE CHRONIQUE PENDANT LA GESTATION

Le diagnostic de néphrite chronique présente une difficulté particulière au cours de la gestation. Elle tient à l'existence au cours de celle-ci d'un syndrome analogue, mais qui disparaît sans laisser de traces après l'accouchement.

On pourrait affirmer avec certitude la néphrite chronique si l'on avait constaté des symptômes de mal de Bright en dehors de la gestation. C'est loin d'être toujours le cas.

En l'absence d'antécédents connus la constatation pendant la gestation d'albuminurie, d'œdème ou d'hypertension ne prouve nullement qu'on soit en présence

d'une néphrite chronique. Tous ces symptômes peuvent en effet apparaître pour la première fois au cours de la gestation.

S'agit-il d'une atteinte rénale momentanée ou d'un trouble plus général de l'organisme ? La pathogénie de cette affection est encore très obscure et les avis sont variables suivant les auteurs. Nous la désignerons sous le nom de néphropathie gravidique en reconnaissant que ce terme est peut être impropre et que le rein n'est peut être pas seul en cause.

Comment différencier la néphropathie gravidique d'une néphrite chronique ? La difficulté est encore accrue du fait de la transformation possible d'une néphropathie gravidique en néphrite chronique.

Déjà Vinay reconnaissait cette transformation. Parlant des albuminuries qui se prolongent longtemps après l'accouchement il dit : « Quand la maladie est tenace à ce point là, sa terminaison n'est pas toujours favorable et il arrive qu'elle devient permanente et peut être l'origine d'une néphrite définitive ». Cependant il se demande lorsque l'affection devient chronique si le rein était vraiment bien sain au début de la grossesse.

L'existence d'une albuminurie récidivante est-elle en faveur d'une néphrite chronique ? Pour Lepage les cas d'albuminurie récidivant pendant la grossesse (en dehors des grossesses évoluant chez des femmes brightiques) sont exceptionnels. Au contraire Picaud dans une thèse récente sur 42 observations d'albuminurie récidivante ne constate que 3 fois une transformation en néphrite chronique.

Comment dans ces conditions et étant donné ces difficultés, avons nous choisi les 42 observations de néphrite chronique qui ont fait l'objet de notre étude ?...

Il s'agit dans tous les cas de femmes hospitalisées à la clinique Baudelocque pendant leur gestation. Elles n'ont jamais été examinées avant d'être enceintes et souvent il a été impossible de les revoir après leur accouchement. Aussi il manque à ces observations pour être complètes :

— Une étude précise des antécédents. Nous n'avons que les renseignements fournis par la malade.

Souvent il n'a été fait aucun examen rénal avant la gestation, et même pendant la gestation la malade n'est venue consulter que tardivement.

— Des examens rénaux dans les années qui ont suivi la gestation. Nous avons essayé de revoir les femmes. Nous n'en n'avons retrouvé qu'un petit nombre. Et souvent nos renseignements se sont bornés à savoir si la femme était vivante.

Les examens qui ont été faits sont ceux préconisés par Widai :

- Dosage de l'albumine dans les urines,
- Examen de la tension artérielle,
- Dosage de l'urée sanguine,
- Etude de la constante uréo-sécrétoire et parfois de l'élimination de la phénolsulfonéphthaléine. Les éléments figurés de l'urine : cylindres et hématies ont été très rarement recherchés.

Voici les éléments sur lesquels nous avons basé le diagnostic :

— Existence d'une affection rénale dans les antécédents, ou bien de symptômes faisant penser à l'hypertension.

— Constatation précoce pendant la gestation de symptômes de la série rénale à une époque où il n'est pas habituel de les rencontrer au cours de la néphropathie gravidique.

— Tension artérielle très élevée avec hypertrophie du ventricule gauche ou signes de défaillance cardiaque.

— Augmentation importante de l'urée sanguine. Quand il y a azotémie au cours de la néphropathie gravidique elle est toujours légère.

— Constatations de symptômes de néphrite après la gestation.

L'évolution immédiate dans les suites de couches, pendant les 10 jours où les femmes sont hospitalisées à la clinique, a peu de valeur pour le diagnostic, une amélioration importante et parfois même une disparition de tous les symptômes sont fréquents ; ils ne sont nullement la preuve de l'intégrité rénale.

Ainsi dans l'observation N° XVIII, la femme qui a présenté au cours de la gestation une TA de 27-17 n'a plus après l'accouchement que 14-8. On aurait pu penser à une néphropathie gravidique, d'autant plus qu'on ne trouve rien dans les antécédents qui fasse penser à une néphrite chronique. Revue un an après, cette femme a une tension artérielle de 25-15. C'est dire tout l'intérêt des examens ultérieurs.

On ne peut invoquer en faveur d'une néphrite chronique, ni la présence de cylindres dans les urines, ni

l'existence d'une rétinite. Les deux peuvent en effet se rencontrer également au cours de la néphropathie gravidique.

C'est en nous appuyant sur ces données que nous avons essayé de faire le diagnostic de néphrite chronique.

Nous avons rencontré des difficultés variables.

Cas faciles

La constatation en dehors de la gestation, avant ou après, de symptômes de néphrites rend le diagnostic facile dans 23 cas.

Obs. N° II, VIII, X, XI, XIV, XIII, XVII, XXXIII, XL, XII, III, XV, XXIV, XXIX, XXXII, XXXI, XXIII, XXVI, XVIII, XXI, XXX, XXXIX. XXXV.

Dans l'observation N° XXXIX on peut discuter sur les caractères évolutifs de la néphrite. La femme a eu 4 mois avant le début de la gestation une néphrite aiguë soignée dans le service du Professeur Lemierre. Dès l'arrêt des règles sont apparus des symptômes discrets d'atteinte rénale : albuminurie, œdème, mauvaise élimination de la phénolsulfonephtaléine. L'avortement thérapeutique a entraîné une disparition rapide de tous les symptômes et examinée actuellement dans le service du Professeur Lemierre, la femme paraît guérie. On peut se demander s'il s'agit d'une néphrite subaiguë ou d'une néphrite chronique.

L'observation N° XXX est extrêmement intéressante. Aucun symptôme pathologique n'apparaît au cours de la gestation : Tension artérielle 13 1/2, 8 1/2, urée 0,20 Alb. 0.

Le diagnostic a été fait sur la constatation dans les antécédents d'une néphrite de la scarlatine qui a continué à évoluer. La femme a présenté à plusieurs reprises de l'albuminurie à l'occasion de maladies infectieuses ou de gestation. Elle a actuellement une tension artérielle élevée : 19-13.

Le diagnostic est encore facile quand, même en absence d'antécédents on voit apparaître dès le début de la gestation des symptômes de la série rénale.

C'est le cas de l'observation N° XLII où œdème et albuminurie ont été constatés le lendemain de l'arrêt des règles.

Cas difficiles

Les observations pour lesquelles nous avons hésité à poser le diagnostic sont celles qui manquent de renseignements sur l'évolution de la néphrite avant ou après la gestation.

Éliminons rapidement les observations I et VI où le diagnostic est impossible à faire étant donné l'insuffisance des renseignements.

N° I. Hypertension 19 1/2-9 constatée fortuitement après une hémorragie de la délivrance.

N° V. Tension artérielle élevée 17 1/2-10 constatée au 8^e mois après la mort du fœtus. Elle n'a pas été prise avant mais l'existence des crises de dyspnée et de céphalée font penser qu'elle devait être élevée.

Cinq fois le diagnostic a été posé sur l'existence d'une néphrite dans les antécédents.

N° XX, XXVIII, XVI, XXXIV, XXXVIII.

Une albuminurie légère a été constatée au cours de la gestation ou pendant le travail. On aurait fait le diagnostic d'albuminurie gravidique, s'il n'y avait pas une néphrite aiguë dans les antécédents. Seule l'évolution aurait pu trancher le diagnostic, mais nous n'avons pu examiner actuellement aucune de ces femmes.

Six fois la constatation de symptômes de la série rénale dans la première moitié de la gestation a fait faire le diagnostic de néphrite chronique.

N° IV, VII, XIX, XXV, XLI, XXXVII.

Les antécédents ne sont pas explicites :

- Trois fois on ne trouve rien.
- Deux fois il y a des avortements en série, ou bien des accouchements prématurés, avec fœtus mort-né, sans que l'albuminurie ait été recherchée.
- Une fois on a constaté de l'albuminurie au cours d'une gestation antérieure.

Celle-ci a disparu 5 jours après l'accouchement.

L'évolution est différente suivant les cas.

Quatre de ces femmes conservaient à leur sortie de l'hôpital de l'albuminurie ou une tension artérielle légèrement élevée.

Nous n'avons pas de renseignements pour le N° XIX. Le n° XLI ne présentait aucun symptôme pathologique 5 jours après l'accouchement.

Il est difficile pour poser un diagnostic de tenir compte de l'évolution immédiate dans les suites de couches. Pour avoir une certitude il aurait fallu vérifier actuellement le fonctionnement rénal de ces femmes.

Nous n'avons pu en retrouver qu'une : Obs. N° XXXVII.

Elle avait présenté après un avortement thérapeutique à 3 mois 1/2 une importante poussée d'azotémie et 4 mois après l'avortement elle avait encore une mauvaise élimination de la phénolsulfonephtaléine (29 %) et de l'albuminurie. Elle vient d'avoir une scarlatine sans avoir présenté aucune complication rénale à cette occasion. Nous l'avons examinée après sa scarlatine, tous les examens sont normaux :

Tension artérielle 12-7, urée 0,32, K 0,09 Ab : 0.

*Deux fois nous avons fait le diagnostic sur l'allure clinique
De l'affection, malgré la constatation des symptômes au 7^e mois.*

N° V. Hypertension 25-15 avec oligurie, cylindres nombreux, chez une femme de 37 ans ayant déterminé à l'interruption de la gestation. La mort est survenue le lendemain de l'intervention.

N° IX. Azotémie élevée 1 gr. 75, ce qui n'est pas fréquent dans les néphropathies gravidiques.

L'interruption de la gestation a entraîné une amélioration rapide et la femme va bien actuellement. Nous n'avons pas pu confirmer le diagnostic par un examen rénal actuel.

*Dans trois observations le problème qui se pose est celui
des rapports de la néphropathie gravidique récidivante
avec la néphrite chronique.*

Chez trois femmes on constate l'apparition au cours de plusieurs gestations successives d'hypertension d'albuminurie, d'œdème. 2 d'entre elles ont pu être examinées et ne présentent actuellement rien d'anormal.

On peut se demander si le fait de voir une **néphropathie gravidique** récidiver, n'est pas la preuve de l'existence d'une lésion rénale.

N° XXVII. Albuminurie et œdème apparaissent au cours de trois gestations successives. Il n'y a pas d'examen rénal entre les gestations et aucun examen au cours de la gestation avant le 7^e mois.

Tous les symptômes ont disparu après l'accouchement

N° XXXVI. On avait fait au cours de la 3^e gestation le diagnostic de **néphrite chronique** certaine. Dans les antécédents elle avait eu une **néphrite aiguë** à la suite d'une otite suppurée double. Depuis à chaque gestation on avait constaté de l'hypertension, de l'albuminurie, des œdèmes. Et même entre la 2^e et la 3^e gestation la femme avait accusé des troubles fonctionnels permanents céphalée, dyspnée, troubles de la vue, et avait présenté par période de l'œdème au niveau des membres inférieurs et de la face.

Revue actuellement la femme qui n'a pas eu de nouvelles gestations va bien. Tous les examens sont normaux

Tension artérielle 13-9, urée sanguine 0,97, Albuminurie : 0.

S'agit-il d'une **néphropathie récidivante** sans rapport avec la lésion rénale antérieure ou d'une **néphrite chronique** qui n'est pas décelable cliniquement, actuellement il est impossible de répondre.

N° XXII. La femme a présenté au cours de 3 gestations successives de l'albuminurie et de l'hypertension, des œdèmes.

Entre les deux dernières gestations on a constaté par

période des poussées d'albuminurie avec œdème au niveau de la face et des mains, il semble bien s'agir d'une néphrite chronique dont la syphilis est peut-être la cause. La mère de la malade est morte P.G. et celle-ci a eu une hémiplegie transitoire.

Cependant examinée actuellement on ne trouve rien : tension artérielle : 13-8, azotémie 0,36, albuminurie 0.

De ces observations il résulte que le diagnostic de néphrite chronique est souvent impossible à faire sur la seule constatation de symptômes de la série rénale au cours de la gestation. On ne peut l'affirmer qu'en connaissant l'évolution de la néphrite, et même dans ce cas le diagnostic peut rester hésitant.

ÉTIOLOGIE

On peut diviser les malades en trois groupes d'après leurs antécédents.

1^{er} Groupe

Il comprend les femmes ayant eu une atteinte rénale antérieure ou présentant des symptômes pouvant faire penser à l'hypertension.

Il y en a vingt.

Quatre fois il s'agit de néphrite de la scarlatine (N° VIII, X, XXX, XXXIV).

— Une fois la néphrite paraît avoir guéri rapidement et la femme n'a présenté ultérieurement aucun trouble fonctionnel.

Une fois œdèmes et albuminurie ont persisté 3 ans.

Deux fois les malades ont présenté des troubles rénaux par poussées.

Chez le N° X, on note en outre des stigmates d'hérédosyphilis : kératite interstitielle et iritis.

Sis fois il s'agit de néphrites aiguës d'étiologie diverses (N° XIV, XVI, XXVIII, XXXVIII, XXXIX, XXXVI)

Une néphrite au cours d'une fièvre typhoïde.

Depuis la femme a eu un avortement, un accouchement prématuré et un accouchement à terme avec apparition précoce d'albumine.

Une néphrite aiguë persistant pendant un an.

Une néphrite aiguë après une otite suppurée double.

Depuis la femme a eu une gestation avec hypertension et œdèmes, une gestation avec albuminurie.

Trois néphrites aiguës sans étiologie connue.

Deux paraissant cliniquement guéries.

Une évoluant encore au moment où la gestation est terminée.

Trois fois les femmes ont présenté par période des symptômes d'atteinte rénale : N° XII, XVII, XX.

Une a eu à plusieurs reprises pendant 8 ans des hématuries qui ont été attribuées dans le service du Professeur Legueu à une néphrite hématurique — 2 gestations antérieures se sont terminées par un avortement et un accouchement prématuré. Elle a eu de l'albumine les deux fois.

Mais ici la syphilis peut être mise en cause, le mari ayant un B.W. +

Le B.W. de la femme est négatif.

Deux paraissent avoir présenté une albuminurie isolée pendant un temps assez long.

Deux fois il existe dans les antécédents une suppuration rénale ou pyélique.

N° XXIII, XXVI.

Une pyélonéphrite 1 an avant la gestation

Une néphrectomie gauche pour abcès du rein, 7 ans avant la gestation. Au début de la gestation pyélonéphrite droite.

Cinq fois il existe depuis plusieurs années des symptômes pouvant faire penser à l'hypertension : N° II, XI, XIII, XXXIII, XL. Dyspnée de décubitus, céphalée, épistaxis, troubles de la vue.

2 fois ces troubles sont associés à des troubles endocriniens.

1 fois l'hypertension a été constatée par un médecin 5 ans avant la gestation.

2^e groupe

Il comprend des femmes n'ayant pas eu d'atteinte rénale dans leurs antécédents, mais qui au cours de gestations antérieures ont présenté une néphropathie gravidique, et une fois une crise d'éclampsie. Il y en a 12.

Dans trois observations l'étiologie est discutable : N° VII, XIX, XXII.

Le N° VII a eu de l'albuminurie au cours d'une gestation antérieure associée à de l'ictère. Mais les symptômes disparus après l'accouchement ont reparu 6 mois après et l'intervention a montré la présence d'une douve du cholédoque.

Chez les deux autres, la syphilis peut être en cause.

Le N° XIX qui a eu un avortement de 2 mois 1/2 et 2 avortements de 5 mois 1/2 présente des stigmates d'hérédo-syphilis.

Le N° XXII a eu un avortement et deux accouchements prématurés au 6^e mois, avec la deuxième fois : hypertension : 24 1/2-16 1/2. Albuminurie, troubles de la vue.

Mais si le B.W. est négatif au moment de l'hospitalisation, la femme a eu 3 ans avant une hémiplegie transitoire et sa mère est morte de paralysie générale.

Chez les autres: N° III, IV, XVXXI, XXIV, XXVII,

XXIX on ne trouve dans les antécédents qu'une ou plusieurs gestations au cours desquelles on a constaté des signes de néphropathie gravidique entraînant souvent des avortements ou des accouchements prématurés.

Le N° IV a eu deux accouchements prématurés au 7^e mois avec fœtus mort-né.

On n'a jamais recherché l'albuminurie.

L'absence de signes de syphilis, la présence au cours de la dernière gestation d'hypertension et d'albuminurie nous font penser qu'elle a présenté les mêmes accidents au cours des gestations antérieures.

Le N° XXI a eu 3 ans avant un {avortement thérapeutique, pour rétinite albuminurique.

L'avortement avait été suivi d'une amélioration importante des troubles de la vue.

Faisons remarquer qu'on ne trouve qu'une seule fois une crise d'éclampsie dans les antécédents : N° XXXI.

C'est une éclampsie de la gestation survenue au 7^e mois pour laquelle on a fait un accouchement prématuré provoqué. Malgré celui-ci, la femme a conservé des troubles rénaux pendant plusieurs mois.

3^e groupe

Il comprend 10 femmes chez lesquelles on n'a trouvé ni affection rénale antérieure, ni néphropathie gravidique N° I, V, VI, IX, XVIII, XXV, XXXV, XXXVII, XLI, XLII. Dans les antécédents on trouve des maladies infectieuses : 2 fois la scarlatine, 1 fois des angines récidivantes, 1 érysipèle, 1 rougeole avec complications

pulmonaires, 1 fièvre typhoïde, 1 tuberculose pulmonaire. Chez une malade existent des signes de syphilis : Hecht 3/4 positif — Pupilles inégales et réagissant mal à la lumière.

Le N^o XLI a présenté des troubles hépatiques : ictère à la naissance et dans l'enfance. Des troubles endocriniens à la puberté. Bien qu'on ne trouve pas de stigmates d'hérédosyphilis, peut-être faut-il y penser.

Résumons les résultats dans un tableau.

	Néphrites aiguës	— 10
	Albuminurie	— 2
Antécédents	Hématurie	— 1
rénaux	Suppurations rénales	— 2
	Hypertension	— 5
Toxémie	Néphropathie	— 11
gravidique	gravidique	
	Eclampsie	— 1
Pas d'antécédents rénaux		— 10

Nous avons vu que 5 fois on a constaté l'existence d'une syphilis acquise ou héréditaire.

AGE — PARITÉ

Si nous envisageons l'ensemble des observations, nous constatons qu'il y a plus de multipares que de primipares, et que la majorité des femmes a au-dessus de 30 ans.

Age

Au dessous de 20 ans :	1
Entre 20 et 29 ans :	14
Entre 30 et 39 ans :	25
40 ans et au-dessus :	2

Parité

Primipares :	11
Multipares :	31

DATE D'APPARITION DES MANIFESTATIONS DE LA NÉPHRITE CHRONIQUE AU COURS DE LA GESTATION

Le début est en général précoce et se fait dans la première moitié de la gestation.

— Dans vingt cinq observations les premiers symptômes sont apparus entre le 1^e et le 5^e mois.

— Dans onze observations les malades n'ont été examinées que tardivement, quand les troubles fonctionnels céphalée dyspnée, troubles de la vue ou l'apparition d'œdèmes les ont amenées à consulter.

Des examens antérieurs auraient peut-être montré l'existence précoce de troubles de la fonction rénale.

— 4 fois chez des femmes suivies on n'a vu apparaître les accidents que vers le 7^e ou 8^e mois.

N^o XI albuminurie légère apparue chez une hypotendue dont l'hypertension n'a pas été aggravée par la gestation.

N^o XXXVIII. troubles discrets du fonctionnement rénal : Albumine 0,25 — Azotémie 0,50. K 0,15, chez une femme ayant eu une néphrite aiguë 2 ans avant.

2 fois les accidents ont été plus sérieux.

N^o XXXV hypertension 21-11/2. Albuminurie im-

portante et oedèmes volumineux, cylindres granuleux et hyalins.

N° XXXVI hypertension 19-12 avec albuminurie. Notons que les 2 fois l'évolution a été favorable. Les femmes ont accouché d'enfants vivants. On a observé une amélioration rapide dans les suites de couches. Retrouvées, actuellement elles sont en bonne santé.

2 fois la gestation n'a entraîné aucun trouble chez des femmes ayant une néphrite dans leurs antécédents. N° XXX, XXIV.

ÉTUDE DES MANIFESTATIONS DE LA NÉPHRITE CHRONIQUE AU COURS DE LA GESTATION

Nous avons un peu artificiellement, pour la commodité de cette étude groupé les observations suivant le syndrome prédominant au cours de la gestation.

Dans les observations que nous avons analysées, il est fréquent de voir apparaître, au cours de la gestation, des troubles fonctionnels qui n'existaient pas antérieurement et qui amènent la malade à consulter.

Mais il est possible qu'un certain nombre de néphrites chroniques non influencées par la gestation aient passé inaperçues.

Néphrites avec prédominance de l'hypertension

Dans vingt-quatre observations l'hypertension est le symptôme dominant.

(I, II, IV, V, VI, VIII, VII, XI, XIII, XV, XVIII, XXIX. XIX, XXI, XXII, XXIII, XXIV, XXVI, XXXI, XXIII, XXXV, XXXVI, XL, XLI).

Dix-neuf femmes ont au-dessus de 30 ans. Il y a dix-neuf multipares.

Dans les antécédents on trouve :

5 fois une hypertension antérieure

8 fois une néphropathie gravidique.

1 crise d'éclampsie.

2 néphrites aiguës.

2 suppurations rénales ou pyéliqués.

Dans 7 cas, on ne trouve rien dans les antécédents qui permette de penser à une atteinte rénale.

Le début a été précoce dans 14 cas.

7 fois il a passé inaperçu faute d'examen,

3 fois il a été tardif, au 7^e mois.

Il est exceptionnel que l'hypertension soit isolée. Une seule fois (N^o I) une hypertension isolée a été constatée au cours du travail.

Habituellement elle est associée à d'autres symptômes.

Les troubles fonctionnels sont fréquents : dyspnée, céphalée, épistaxis, troubles de la vue.

L'albuminurie à des taux variables est toujours associée à l'hypertension sauf dans l'observation n^o I.

Les œdèmes sont fréquents, ils existent dans treize observations. Souvent d'ailleurs il sont peu volumineux, localisés uniquement au niveau des membres inférieurs.

La quantité d'urines est légèrement diminuée (1 litre environ) surtout si l'on tient compte de la polyurie fréquente à la fin de la gestation surtout chez les multipares. Mais on ne trouve une véritable oligurie (500 grs). que dans 5 observations.

2 fois on constate la présence de cylindres dans les urines et une fois celle d'hématies. Nous ne savons pas si cette recherche a été faite régulièrement dans toutes les observations aussi nous ne pouvons rien conclure de la fréquence des éléments figurés dans l'urine.

A l'hypertension s'associe parfois une rétention azotée d'importance variable. 6 fois l'azotémie est légèrement élevée, surtout chez la femme enceinte où l'urée sanguine est normalement abaissée 10 gr. 35 à 0 gr. 50.

8 fois l'azotémie est plus marquée : 0 gr. 70 à 1 gr. 05 et même 1 gr. 47 dans l'obs XV.

Associés aux symptômes de néphrite on trouve parfois des complications, ce sont des complications cardiaques et oculaires.

Complications cardiaques

N° II crise de dyspnée de décubitus très fréquentes depuis le début de la gestation.

N° XXIII insuffisance ventriculaire gauche avec crise d'œdème aigu et bruit de galop.

N° XXVI gros cœur avec crise de dyspnée douloureuse de décubitus.

N° XVIII, bruit de galop.

Complications oculaires

Elles consistent surtout en rétinite. On la constate dans quatre observations : N° XXIII, XXXI, XV, XVIII

Complications oculaires et cardiaque sont associées dans les observations XXIII et XVIII.

Le n° XXIX a présenté de l'œdème rétinien.

1. Chez la femme enceinte normale il y a hypo-azotémie. Pour Cleiz et Laudat, le chiffre moyen de l'urée sanguine est de 0,247. Pour Schiké il est encore plus bas 0,19 à 0,21.

Jamais malgré les chiffres très élevés de tension artérielle on n'a vu apparaître de crise d'éclampsie.

La gestation est habituellement troublée dans son évolution au cours des néphrites hypertensives. Les accouchements prématurés sont fréquents et la mortalité fœtale est très élevée. Seize fœtus sont morts au cours de la gestation et ont en général été expulsés macérés.

Les lésions placentaires sont la règle, on les a trouvées 20 fois. Elles consistent en infarctus anciens ou récents.

Quatre fois on a constaté à l'examen du placenta de petits hématomes rétro placentaires qui ne s'étaient manifestés cliniquement par aucun symptôme (Obs. N° XXIX, V, XXXVI, XLI).

Dans quatre observations il n'y avait pas de lésions placentaires. Ce fait est intéressant, car la mort du fœtus est habituellement attribuée à des lésions étendues du placenta, or dans trois observations : VI, XVIII, XXVI le fœtus est mort avec un placenta absolument normal. Deux fois (XVIII et XXVI) les femmes avaient une hypertension considérable avec défaillance cardiaque, mettant leur existence en danger et ayant nécessité une césarienne.

Néphrite avec prédominance de l'azotémie

Nous en avons quatre observations : N° IX, X, XIV, XLII. Les femmes sont plus jeunes : 19, 29, 32, et 32 ans. Il y a trois multipares et une primipare.

Dans les antécédents existent 2 fois des néphrites aiguës, et 2 fois des maladies infectieuses : grippe, érysipèle, angine.

Les symptômes sont apparus trois fois dans la première moitié de la gestation, une fois il n'y a pas eu d'examen avant le 7^e mois.

L'azotémie est toujours élevée : 1 gr. 32 à 1 gr. 75. Associés à elle, on trouve d'autres troubles des fonctions rénales.

L'albuminurie existe toujours :

2 fois on constate des œdèmes.

2 fois une hypertension modérée : 17-8 et 16 1/2-12

Les complications sont fréquentes :

Complications oculaires qui consistent en rétinite : N^o XIV et XLII.

Insuffisance hépatique caractérisée par du subictère et de l'urobilinurie : N^o XI.

La mortalité foetale est très élevée. 2 fois l'accouchement a été prématuré au 7^e mois. Un fœtus était macéré, l'autre vivant est mort quelques jours après. 2 fois la gravité de l'état général a nécessité une interruption de la gestation au 7^e mois. Les deux fœtus étaient mort-nés.

Les lésions placentaires ne sont pas fréquentes. On ne trouve quelques petits infarctus que dans un seul placenta.

Néphrites avec prédominance des œdèmes

Si l'œdème est souvent associé aux autres symptômes de néphrite, il est rarement le symptôme dominant.

Nous n'avons pas une seule observation de néphrite hydropyène pure.

Nous avons cependant isolé deux observations où l'œdème paraît assez important pour dominer le tableau clinique : N° XVII, XXXVII.

Les deux femmes ont 27 et 30 ans. Il s'agit d'une primipare et d'une multipare. L'une d'elles (N° XVII) avait une albuminurie antérieure d'étiologie indéterminée. L'autre (XXXVII) est bacillaire depuis 7 ans, mais les examens de laboratoire ont permis d'éliminer la tuberculose rénale.

Le début a été précoce dans les deux cas.

Le N° XXXVII a des œdèmes importants, puisqu'elle a augmenté de 12 kg en 10 jours, les urines sont rares. L'albuminurie est élevée. Il y a une hypertension modérée 17-11 et une petite azotémie 0,53.

Le régime lacté entraîne une diurèse abondante. Les œdèmes diminuent mais persistent. Après l'amélioration du début les symptômes restent stationnaires aussi après deux mois d'observation, M. le Professeur Couvelaire décide d'interrompre la gestation.

Le N° XVII a des œdèmes qui vont en augmentant malgré un régime déchloruré. Les urines sont rares, l'albuminurie élevée. La tension artérielle est de 18-11, l'urée sanguine de 0,60.

La gestation se termine par un accouchement prématuré au 7^e mois, avec un enfant vivant de 1. 110 gr. qui est mort le lendemain.

L'examen du placenta montre des infarctus anciens et récents et un petit hématome rétro placentaire.

Il est difficile de tirer des conclusions de ces 2 seules

observations, où les œdèmes ont été associés à d'autres symptômes, ne se sont pas accompagnés d'œdèmes profonds et n'ont entraîné aucune complication.

Cela montre en tout cas, la rareté des œdèmes importants si on les compare à la fréquence de l'hypertension.

Néphrite avec prédominance de l'albuminurie

Nous avons réuni sous ce nom un certain nombre de femmes ayant eu des troubles discrets du fonctionnement rénal consistant essentiellement en albuminurie. Il y en a six : N° III, XII, XXV, XXVII, XXXII, XXXIX.

Deux ont entre 20 et 29 ans ; quatre au-dessus de 30 ans. Il y a cinq multipares et une primipare. Dans les antécédents on trouve trois fois une néphropathie gravidique, une néphrite aiguë, une néphrite hématurique, une fois on n'a rien constaté avant le début de la gestation. Les accidents sont apparus précocement sauf dans une observation où aucun examen n'a été fait avant le 7^e mois.

Ils ont toujours été peu marqués :

Albuminurie modérée : 1 à 3 gr. Une seule fois l'albuminurie est montée à 7 gr. après un traitement spécifique.

Les œdèmes sont discrets.

La tension artérielle n'a jamais dépassé 15 de maxima.

L'azotémie est habituellement normale, une seule fois elle a atteint 0,70.

Il n'y a eu aucune complication. Cependant ces né-

phrites légères ont eu une influence fâcheuse sur la gestation. Il n'y a eu qu'un enfant vivant. Encore ne pesait-il que 2,188 gr. bien qu'il soit né à terme. 3 fois on a constaté des infarctus au niveau du placenta avec une tension artérielle normale ou très légèrement élevée ; une fois un hématurie retro placentaire alors que la femme avait une tension artérielle de 13 1/2-9

Nous voudrions isoler dans ce groupe l'observation N° XXXIV. Chez cette femme la gestation a été interrompue au 2^e mois malgré des signes extrêmement discrets.

Celle-ci avait eu quatre mois, avant le début de la gestation une néphrite aiguë, et l'apparition dès l'arrêt des règles de signes d'atteinte rénale, surtout une mauvaise élimination de la phénolsulfonephtaléine avaient fait craindre une aggravation d'une néphrite encore en évolution.

Néphrite ne paraissant pas influencée par la gestation

Dans six observations la néphrite ne paraît pas influencée par la gestation. (N° XVI, XX, XXVIII, XXX, XXXVIII, XXXIV). Il s'agit presque toujours de femmes jeunes, cinq entre 20 et 29 ans, une seule au dessus de 30 ans.

5 sont primipares, une seule est multipare.

Dans leurs antécédents on trouve cinq fois une néphrite aiguë et une fois une albuminurie d'étiologie indéterminée.

On a constaté des traces d'albuminurie pendant la gestation ou simplement au moment du travail. Parfois un léger œdème malléolaire. La tension artérielle a toujours été normale. Deux fois on a trouvé une très légère azotémie : 0,45, 0,50.

La gestation a permis de constater que le rein était resté lésé depuis la néphrite aiguë. Elle ne paraît pas avoir aggravé la néphrite.

Une observation : N° XXX est particulièrement intéressante. Après une néphrite de la scarlatine, la femme a présenté des poussées d'albumine et d'œdèmes à l'occasion d'infections ou de gestations antérieures.

Au cours de la gestation étudiée tous les examens ont été normaux, on n'a à aucun moment constaté de troubles du fonctionnement rénal, et c'est au point de vue prophylactique que la femme a pendant le dernier mois suivi un régime lacto végétarien déchloruré.

Cependant la néphrite n'était pas guérie. Elle a continué à évoluer et en 1933 la femme avait une tension artérielle de 19-12.

Tous les enfants ont été vivants et d'un poids normal, sauf deux prématurés qui pesaient 1.690 et 2.370 grs.

On n'a constaté aucune lésion placentaire

ÉVOLUTION

Dans ce chapitre, nous envisagerons l'évolution de la néphrite après l'accouchement, en conservant la division par syndromes que nous avons adoptée pour l'étude des symptômes.

Dans un certain nombre de cas, la gravité des symptômes ou l'apparition de complications ont incité à interrompre la gestation. Parfois l'aggravation s'est poursuivie après l'accouchement et a entraîné rapidement la mort.

Souvent on a constaté une amélioration. Celle-ci dans certains cas n'a été que momentanée.

Rarement on n'a observé aucune modification après l'accouchement.

Néphrite avec prédominance de l'hypertension

Dans les 24 observations de néphrite avec hypertension :
7 fois la gestation a été interrompue.

17 fois les femmes ont accouché normalement

Cas graves dans lesquels on a pratiqué une interruption artificielle de la gestation

Sept cas (Obs. VIII, X, XV, XVIII, XXVI, XXIII, XL).

Il s'agit habituellement de formes graves avec des complications cardiaques ou oculaires ; on a fait quatre fois une césarienne, suivie dans deux cas de stérilisation, un avortement thérapeutique, un accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2, une hystérotomie vaginale à 6 mois pour extraction d'un fœtus mort.

L'évolution a été variable suivant les cas.

1^o *Aggravation entraînant le mort après l'intervention :*
3 cas.

N^o XXVI, césarienne au 6^e mois chez une femme présentant une hypertension élevée avec signes d'insuffisance ventriculaire gauche, crises de dyspnée nocturne douloureuse.

Cette femme est morte, cinq jours après l'intervention, de péritonite.

N^o V, Césarienne au voisinage du terme, malgré la mort du fœtus, étant donné le mauvais état général de la femme. Hypertension 27-17, agitation, oligurie, troubles de la vue. L'examen du fond de l'œil n'ayant pas été fait, il est impossible de savoir si ces troubles sont liés à une rétinite. La femme est entrée dans le coma et est morte le lendemain de l'intervention.

N^o XV. Avortement thérapeutique au 5^e mois, pour hypertension importante, azotémie progressivement croissante et rétinite.

L'évacuation utérine semble amener une légère amélioration. L'albuminurie diminue. La tension artérielle baisse légèrement mais l'urée sanguine s'élève : 1 gr. 55.

Bien qu'on note à sa sortie de la clinique le 28 décembre

qu'elle présente un état général satisfaisant, nous avons appris qu'elle est morte deux mois après, le 11 février 1928

2° Quant il y a une amélioration après l'intervention, cette amélioration n'est que temporaire. Quatre cas.

N° XXIII. Césarienne à 7 mois 1/2 suivie de stérilisation pour hypertension élevée avec crises d'œdème pulmonaire et rétinite. Après l'intervention, la tension artérielle baisse sans revenir à la normale. L'albuminurie disparaît. L'amélioration des troubles oculaires est moins rapide. Deux jours après l'intervention on constate une petite poussée d'azotémie, mais nous avons vu que même dans la gestation normale le taux de l'urée sanguine s'élève légèrement dans les 48 heures qui suivent l'accouchement.

N° XVIII. Césarienne avec stérilisation au 5^e mois, pour hypertension élevée avec signes de défaillance cardiaque, bruit de galop et troubles oculaires très accusés et à évolution rapide : neuro rétinite avec décollement rétinien bilatéral.

Cinq jours après l'intervention, la tension artérielle est descendue à 14-8 et la rétinite en voie de guérison.

N° XL. Accouchement prématuré provoqué à 8 mois 1/2 pour hypertension, œdèmes importants. Les symptômes s'accroissent malgré le régime et l'état général de la femme est mauvais. L'amélioration est rapide après l'accouchement et à la sortie de la femme, il ne persiste plus qu'une légère albuminurie. La tension artérielle est de 14-9 1/2.

N° III. Hypertension avec œdème et albuminurie qui persistent malgré la mort du fœtus. L'évacuation

de l'utérus amène une amélioration rapide de l'état général. L'albumine disparaît. La diurèse augmente.

Quinze jours après, la tension artérielle est de 10-6. Dans ces quatre observations une amélioration importante et parfois une disparition de tous les symptômes a suivi l'évacuation de l'utérus. Et cependant l'évolution a été loin d'être aussi favorable qu'on aurait pu le penser. Nous avons pu revoir ces quatre femmes.

Une est morte quatre ans après.

Trois ont conservé des symptômes de néphrite.

1^o Femmes décédées quelques années après : 1.

N^o VIII. La tension qui était devenue normale après l'accouchement est remontée 6 mois après à 16-11.

Cette femme est morte quatre ans après. Elle a été paralysée pendant plusieurs mois. Il est possible qu'elle ait fait une hémorragie cérébrale.

2^o Femmes ayant conservé des symptômes de néphrite : 3.

N^o XVIII. Revue un an après, elle avait une tension artérielle très élevée 25-15.

N^o XXIII. Opérée en décembre 1933 dans le service du Professeur Marion pour ptose rénale droite. On a également constaté l'existence d'une poussée de pyélonéphrite droite. Nous n'avons pas pu savoir la tension artérielle actuelle, mais elle a présenté, après l'intervention, des symptômes de défaillance cardiaque.

L'urée sanguine est normale, 0,31, mais la phénolsulfonephtaléine est mauvaise : 8% pour les urines prélevées dans la vessie, 10 % pour les urines prélevées par cathétérismes au niveau de chaque rein.

N° XL. Bien que la tension soit revenue à la normale après l'accouchement cette femme a accouché une seconde fois à la clinique Baudelocque en janvier 1934. Elle a de nouveau présenté des troubles extrêmement marqués, une tension artérielle de 25-13. Elle a cependant accouché d'un enfant vivant pesant 2.670 gr.

Il est intéressant de noter que malgré une hypertension importante cette femme a présenté des lésions placentaires extrêmement réduites au cours de ses deux accouchements.

De ces observations il ressort que les formes graves sont souvent des formes compliquées avec insuffisance cardiaque ou rétinite. Leur pronostic malgré l'intervention est très sombre puisque sur 7 femmes, 3 sont mortes immédiatement après l'intervention. Pour les autres, l'amélioration n'a été que momentanée. Une est morte quatre ans après. Les autres présentaient toutes des symptômes graves de néphrite.

Cas où on n'est pas intervenu : 17

Les 17 autres femmes présentant de l'hypertension ont toutes accouché normalement.

Il est exceptionnel qu'elles aient accouché à terme.

Douze fois l'accouchement a été prématuré entre le 6^e et le 8^e mois, une fois la gestation s'est terminée par un avortement au 5^e mois. Dix fois le fœtus était mort et macéré.

Quatre gestations sont allées à terme. Deux enfants étaient macérés, deux vivants.

12 fois l'accouchement a été suivi d'une amélioration de tous les symptômes.

Deux fois, il n'y a eu aucune modification,

Trois fois nous n'avons pas de renseignements sur l'évolution

Amélioration après l'accouchement : 12 cas.

Il est habituel d'observer une amélioration après l'accouchement.

En général cette amélioration commence après la mort du fœtus. L'albuminurie diminue, la TA baisse, la diurèse augmente, mais elle s'accroît après l'évacuation de l'utérus et parfois tous les symptômes ont disparu quelques jours après l'accouchement. Nous avons observé cette amélioration douze fois.

Parmi ces douze femmes nous avons pu en retrouver 7. L'évolution a été tout à fait différente suivant les cas. Certaines sont mortes, d'autres ont conservé des troubles, certaines ne présentent actuellement aucun trouble du fonctionnement rénal :

1° *Femmes décédées quelques ans après.*

2 femmes sont mortes dans les années qui ont suivi l'accouchement.

N° XXXI. Hypertension avec albuminurie importante et rétinite. La mort du fœtus à 5 mois 1/2 entraîne une amélioration. Après l'expulsion du fœtus, l'albuminurie disparaît l'urée sanguine est normale 0,23. La tension artérielle légèrement élevée 16-11. Malgré cette amélioration apparente la femme est morte deux ans après d'hémorragie cérébrale. La tension artérielle est

remontée rapidement après sa sortie de l'hôpital et s'est maintenue à 22-23 de maxima.

N° XXIV. Hypertension avec azotémie moyenne : 0,92 et œdème rétinien. Accouchement prématuré à 7 mois 1/2 d'un enfant vivant.

Dix jours après l'accouchement : Tension artérielle : 14 1/2-10 diurèse abondante. Elle ne conserve à ce moment que 0 gr. 25 d'albumine. Cette femme est morte de néphrite deux ans après.

Dans les deux cas, l'amélioration avait été très importante après l'évacuation utérine. Mais remarquons que le début avait été précoce dans les deux cas et que les deux femmes avaient présenté des accidents graves au cours d'une gestation antérieure

2° Hypertension persistante.

Deux fois la tension artérielle est remontée après une baisse momentanée.

N° XXXIII. Femme hypertendue, antérieurement qui a fait une poussée d'hypertension au cours de sa gestation, après l'accouchement, la tension artérielle paraît normale : 13-9 1/1.

Revue en 1934 elle a toujours une hypertension modérée 17-11, ne s'accompagnant d'aucun autre symptôme.

N° XXIX. Hypertension avec azotémie 1 gr. 05 et œdème rétinien.

L'azotémie disparaît rapidement après l'accouchement ainsi que l'albuminurie et les troubles oculaires. La tension artérielle baisse légèrement 19/14.

Revue 2 mois après la tension artérielle est redevenue très élevée 24-12.

Nous n'avons pas retrouvé la femme actuellement.

3° *Femmes paraissant guéries* : 3

Deux femmes ont été revues actuellement et ne présentent aucun symptôme pathologique.

N° XXXVI. Hypertension moyenne 17-11 avec albuminurie. Accouchement au 8^e mois d'une fille vivante, pesant 1.950 gr.

La disparition des symptômes est très rapide après l'accouchement et actuellement l'examen ne montre rien d'anormal : Tension artérielle 13-9, Albuminurie : 0 urée sanguine 0,37.

Il n'y a pas eu de nouvelle gestation.

N° XXII. Hypertension 20-11 1/2 avec albuminurie.

La mort du fœtus et son expulsion au 7^e mois entraîne la disparition de l'albuminurie et la baisse de la tension artérielle.

Actuellement cette femme va bien. Tous les examens sont normaux : Tension artérielle 13-8. Albuminurie:0, urée sanguine 0,36.

Nous avons eu des nouvelles de la troisième, mais il a été impossible de faire un examen rénal.

N° XXXV. Les troubles paraissent plus sévères qu'au cours des deux observations précédentes. Hypertension 21-11 1/2, œdèmes importants avec oligurie, albuminurie, urée sanguine 0,50, K 0,20.

Cependant l'amélioration est rapide après un accouchement gémellaire au 8^e mois. Tension artérielle

12 1/2 — 8 1/2. Urée sanguine 0,25 K 0,10. Il persiste seulement des traces d'albuminurie.

Les urines examinées régulièrement sont restées albumineuses pendant un an 1/2 puis sont redevenues normales.

L'état général est actuellement bon. On peut remarquer que les femmes qui sont mortes ont présenté une hypertension plus importante que les autres. A celle-ci se sont associées des complications oculaires de l'azotémie. Le début des accidents a été précoce.

Le N° XXIX que nous n'avons pas pu retrouver actuellement avait déjà deux mois après l'accouchement une tension artérielle de 24-12 et il semble qu'on puisse porter pour cette femme un pronostic tardif sévère.

Celles qui paraissent guéries ont présenté une tension artérielle moins élevée. A celle-ci s'associait parfois de l'œdème et de l'albuminurie, mais l'urée sanguine était normale ou très légèrement augmentée.

Il n'y avait pas de complications.

Enfin le début des accidents a été tardif au 7^e mois dans deux cas : N° XXXVI et XXXV.

Les 5 autres femmes qui ont été améliorées après l'accouchement n'ont pas été retrouvées ultérieurement.

Le N° XLI. Disparition complète des symptômes. L'amélioration avait commencé après la mort du fœtus

N° XIX. Ne conserve que 0 gr.15 d'albumine après la mort du fœtus. On n'a pas de renseignements sur les suites de couches. Chez les trois autres femmes les symptômes s'étaient améliorés mais n'avaient pas complètement disparu à la sortie de l'hôpital.

N° VII. Albuminurie, 0 gr. 50.

N° XXI. Albuminurie 1 à 3 gr. Urée sanguine 0,70

N° IV. Tension artérielle 17-13.

La femme qui a conservé les troubles les plus importants avait eu une gestation antérieure interrompue pour rétinite. Nous voyons donc une fois de plus la gravité des formes compliquées.

Pas d'amélioration après l'accouchement.

Il est exceptionnel de ne pas voir une amélioration suivre l'accouchement.

N° II. Malgré la mort du fœtus à 5 mois 1/2, la tension artérielle reste élevée 26-16, urée sanguine, 0,70.

Après l'accouchement : tension artérielle 22-13. Persistance de l'albuminurie.

Cette femme avait présenté au cours de sa gestation des symptômes de défaillance cardiaque. On peut porter un pronostic sévère qui est justifié. La femme est morte 4 ans après avec des symptômes de néphrite.

N° XI. Hypertension 22-12 avec gros ventricule gauche. Cette hypertension ne paraît pas avoir été aggravée par la gestation, qui d'ailleurs a évolué normalement. Il n'y a rien d'étonnant à ce qu'elle ne soit pas modifiée après l'accouchement.

Les observations I, VI, XIII sont incomplètes, et nous n'avons pas de renseignements sur l'évolution après l'accouchement.

Néphrite avec prédominance de l'azotémie : 4 cas

2 fois on a observé une amélioration : Il est intéressant de remarquer qu'on avait fait les deux fois un accouchement prématuré provoqué au 7^e mois.

2 fois la néphrite s'est aggravée après l'accouchement et a entraîné la mort de la femme.

Amélioration après l'accouchement : 2 cas.

N° XIV. Azotémie 1 gr. 32 avec rétinite. Après l'accouchement prématuré provoqué au 7^e mois, l'urée du sang n'est plus que de 0 gr. 50.

N° IX. Azotémie élevée 1g r. 75 avec signes d'insuffisance hépatique.

L'accouchement prématuré, provoqué, entraîne une amélioration rapide, mais nous ignorons le taux de l'azotémie.

Nous n'avons pu avoir des nouvelles que d'une seule femme (N° IX). Elle est bien portante actuellement, mais nous n'avons pas pu l'examiner.

Aggravation entraînant la mort après l'accouchement : 2 cas

N° X et XLII.

Les deux femmes ont présenté une azotémie progressivement croissante associée une fois à des œdèmes, une albuminurie importante et une légère hypertension.

La gestation s'est terminée les deux fois par un accouchement prématuré au 7^e mois. Après l'accouchement, l'azotémie a continué à augmenter et a entraîné rapidement la mort de la femme.

Néphrite avec prédominance des oedèmes

Les œdèmes bien que très fréquents au cours de la gestation apparaissent en général comme un symp-

tôme accessoire et le pronostic paraît dominé par l'hypertension et l'azotémie. Dans les observations XVII et XXXVII des œdèmes importants apparaissent au cours de la gestation avec oligurie et albuminurie élevée.

Amélioration après l'accouchement : 1 cas

N° XVII. Disparition des œdèmes après un accouchement prématuré au 7^e mois, alors qu'ils n'avaient pas été modifiés par le régime.

La femme va bien actuellement, mais conserve de l'albuminurie.

Aggravation après un avortement thérapeutique 1 cas

N° XXXVII. Après un avortement thérapeutique au 4^e mois, les œdèmes disparaissent, Mais alors que l'azotémie avait été peu élevée au cours de la gestation 0 gr. 50, on constate après l'avortement thérapeutique une importante poussée d'azotémie¹. L'urée a atteint son maximum le 7^e jour avec 2 gr.45, puis est descendue progressivement en un mois à 0,40.

Un mois 1/2 après l'expulsion de l'œuf, une épreuve de chloruration montre une élimination normale du chlorure de sodium. Malgré les symptômes sérieux de néphrite constatés pendant et après la gestation la femme paraît actuellement guérie. Une scarlatine en

1. Chez la femme enceinte normale on observe une légère poussée d'azotémie dans les 48 heures, qui suivent l'accouchement, puis l'urée retombe rapidement à la normale (Plass. Estienny et Lasserre).

janvier 1934 n'a entraîné aucune complication rénale.

Un examen fait après la scarlatine a montré : tension artérielle 12-7, urée sanguine 0,32, K 0,09. Albuminurie 0

Néphrites avec prédominance de l'albuminurie . **6 cas**

Dans ces observations on ne constate que des troubles légers du fonctionnement rénal consistant surtout en albuminurie associée a des œdèmes discrets. Parfois une légère azotémie. La tension artérielle ne dépasse pas une maxima de 15.

Malgré le caractère discret des symptômes, la gestation n'évolue qu'une fois jusqu'à terme. On observe habituellement un accouchement prématuré vers le 7^e ou le 8^e mois, une fois la gestation a été interrompue au 3^e mois.

Amélioration après l'accouchement : 6 cas

Dans tous les cas, on a observé une amélioration, après l'accouchement. Deux fois tous les symptômes ont disparu (N^o XXVII, XXXIX).

N^o XXXIX malgré le caractère discret des symptômes on a fait un avortement thérapeutique au 3^e mois.

La femme avait eu quatre mois avant le début de la gestation une néphrite aiguë. Le réveil des symptômes, même discrets, dès le début de la gestation pouvait faire craindre une aggravation et un passage à la chronicité. L'avortement a entraîné une amélioration rapide. La

phénolsulfonephtaléine qui était de 29 % avant l'accouchement est passée 6 jours après l'accouchement à 60 %.

Mais avant le retour à la normale on a observé une très légère poussée d'azotémie : urée sanguine 0,47, phénolsulfonephtaléine 16 %, en même temps que l'urée de l'urine augmentait.

Examinée en janvier 1934, dans le service du Professeur Lemierre, le fonctionnement rénal était parfaitement normal.

L'avortement thérapeutique semble donc avoir eu une heureuse influence.

Quatre fois l'albuminurie diminue après l'accouchement mais persiste à la sortie de la clinique. (N° XXV, XXXII, III, XII).

Une seule femme a été retrouvée. Elle a conservé une albuminurie de 1 à 2 gr. pendant 2 ans, puis les urines sont devenues normales. Actuellement, elle conserve uniquement une urée sanguine légèrement élevée 0,45, et surtout une mauvaise constante d'Ambard.

La gestation ne paraît pas avoir d'influence sur la néphrite : 6 cas

Six femmes, bien qu'ayant des antécédents de néphrite n'ont eu aucun trouble à l'occasion de leur gestation.

Nous avons pu avoir des nouvelles de quatre femmes : (N° XVI, XXVIII, XXXVIII, XXX). Leur état général est bon, mais nous n'avons pu les examiner.

Le N° XXX, bien qu'elle n'ait eu aucun accident au

cours de sa gestation, a une néphrite qui a continué à évoluer, et elle a actuellement une tension artérielle de 19-12.

Conséquence pour l'œuf

Nous avons déjà pu voir au cours de cette étude que la mortalité fœtale est extrêmement élevée.

Si nous envisageons l'ensemble des observations, nous constatons que sur 42 observations 27 se sont terminées par des accouchements prématurés avec des enfants morts et le plus souvent macérés.

Sur les 16 enfants vivants (il y a une gestation gemellaire) dix sont prématurés, un des prématurés est mort quinze jours après la naissance.

Les 6 enfants nés à terme sont tous de poids normal, sauf un qui est un peu au-dessous de la moyenne puisqu'il pèse 2.400 gr.

Dans le tableau suivant on pourra voir comment se répartit la mortalité fœtale dans les différents groupes.

	Vivants à terme	Vivants prématurés	Morts
Hypertension	2	5	17
Azotémie		1	3
Œdème			2
Albuminurie		1	5
Pas d'aggravation	4	2	

Toutes les formes de néphrite paraissent sévères pour le fœtus, puisque même dans les formes légères avec simple albuminurie, nous trouvons une mortalité fœtale très élevée.

Si on étudie les observations des femmes ayant eu des enfants vivants, on constate qu'il s'agit :

Six fois de néphrite n'ayant pas été aggravée par la gestation.

Une fois d'une albuminurie légère,

Deux fois d'hypertension isolée.

Deux fois d'hypertension avec œdèmes, albuminurie et légère azotémie (0,50), sans complications.

Dans ces deux cas les accidents sont apparus tardivement, au 7^e mois.

Dans quatre observations, les enfants ont été vivants malgré une néphrite grave.

Il s'agit trois fois de néphrite hypertensive s'accompagnant dans un cas de complications cardiaques et oculaires. Une fois d'une néphrite azotémique. L'enfant dans ce cas, était très prématuré et est mort quinze jours après sa naissance.

La mort du fœtus est donc presque habituelle dans les formes graves, encore très fréquente dans les formes égères.

PRONOSTIC

La gestation évoluant chez une femme ayant une néphrite chronique est d'un pronostic sévère tant pour la mère que pour l'enfant.

La mortalité maternelle, immédiate, a été pour nos quarante-deux femmes de 11, 9 %.

Sur douze femmes retrouvées actuellement, quatre sont mortes. Ce qui fait une mortalité de 21 %.

La mortalité fœtale a été de 64,28 %.

Parmi les enfants vivants il y a 60 % de prématurés.

Il semble que le pronostic des néphrites pendant la gestation soit d'autant plus sérieux que les accidents apparaissent plus rapidement.

L'hypertension est d'autant plus grave qu'elle est plus marquée et qu'elle s'accompagne de signes d'insuffisance ventriculaire gauche.

Les complications oculaires sont de gravité différente.

L'amaurose liée à l'œdème rétinien guérit rapidement sans laisser de séquelles. La rétinite au contraire est une complication grave et d'un pronostic vital sérieux. Il faut remarquer cependant qu'au cours de la gestation, la rétinite n'a pas la gravité habituelle qu'elle a au cours de la néphrite chronique, et on la voit rétrocéder en même

temps que les autres symptômes s'atténuent, si la gestation est interrompue rapidement après son apparition.

Le décollement de la rétine quand il vient s'associer à la rétinite aggrave encore son pronostic. Cependant dans la seule observation où nous l'avons constaté (N° XVIII), il a disparu rapidement après une césarienne, et la femme est actuellement vivante bien qu'elle conserve des symptômes d'insuffisance rénale.

L'azotémie élevée, surtout quand on constate à des examens successifs qu'elle est progressivement croissante, est d'un pronostic sérieux. Elle peut disparaître après l'accouchement, mais elle peut aussi continuer à augmenter et entraîner rapidement la mort de la femme.

Quand la néphrite n'est pas assez grave pour amener la mort de la malade immédiatement après l'accouchement, il est habituel d'observer une amélioration et même parfois une disparition complète de tous les symptômes.

Il est absolument impossible de porter à ce moment un pronostic d'avenir. Citons par exemple, l'obs. VIII, où après l'avortement tous les symptômes avaient disparu. La T.A. était de 10-6. Six mois après la femme avait une tension artérielle de 16-11, quatre ans après elle était morte de sa néphrite. Il est fréquent chez les hypertendues de voir la tension artérielle baisser rapidement après l'accouchement et paraître normale. Quand on revoit les femmes quelques mois après elles ont de nouveau une tension artérielle très élevée. Quand l'aggravation persiste après l'accouchement, ce qui est exceptionnel, le pronostic est toujours très grave. Dans les formes légères avec albuminurie et œdèmes, le pronostic est bon pour la mère, mais il reste mauvais pour le fœtus.

TRAITEMENT

Le traitement doit être envisagé au triple point de vue, diététique, thérapeutique, obstétrical.

DIÉTÉTIQUE.

Une alimentation bien conduite reste actuellement le meilleur traitement des néphrites chroniques au cours de la gestation. Le régime lacté exclusif est encore celui qui est le plus souvent employé.

Dans les néphrites chroniques on a cependant intérêt à chercher une adaptation plus exacte du régime au syndrome présenté par la malade.

Dans la rétention chlorurée, le lait surtout en grande quantité est encore trop chloruré. On a intérêt à conseiller les légumes et les fruits. La viande et le poisson pourront être permis en petite quantité à condition d'être frais et bien cuits.

Le sel sera proscrit de la préparation des aliments. La boisson de choix sera constituée par de l'eau ou des infusions en quantité modérée et suivant l'élimination.

En présence d'accidents aigus chlorurémiques on instituera une diète hydrique absolue pendant quelques jours.

La rétention azotée impose un régime hypoazoté. On supprimera tous les albuminoïdes. L'alimentation sera constituée par des légumes et des fruits auxquels on ajoutera des graisses sous forme de beurre.

Dans le cas d'hypertension on insistera surtout sur la nécessité de repas peu copieux et la nécessité de prendre des liquides en petite quantité.

Sous l'influence du régime on voit les accidents s'atténuer. Mais il est exceptionnel de les voir disparaître avant l'expulsion du fœtus.

THERAPEUTIQUE.

Elle consiste essentiellement en diurétiques, purgatifs drastiques, et surtout la saignée. Celle-ci est indiquée quand l'hypertension est élevée. Il faut le faire sous le contrôle de l'oscillomètre.

Elle peut mettre momentanément à l'abri des accidents aigus de l'hypertension. Mais son activité n'est pas de longue durée, et il est habituel dans nos observations de voir la tension artérielle remonter dans les 24 heures qui suivent.

TRAITEMENT OBSTETRICAL.

L'interruption de la gestation a été surtout réservée aux formes graves dans nos observations. Les résultats ont été mauvais. Il est difficile de préciser ces indications car toutes les néphrites chroniques ne s'aggravent pas au cours de la gestation.

Une aggravation au cours de la gestation rétrocede souvent spontanément après l'accouchement.

L'existence des complications est une indication formelle d'interruption.

Complications cardiaques. — Elles consistent, nous l'avons vu, en signes de décompensation. Elles sont toujours très graves. S'il n'est pas possible dans un bref délai de vaincre cette décompensation, il faut interrompre rapidement la gestation.

Complications oculaires. — Les complications oculaires, surtout la rétinite, sont toujours un symptôme alarmant au cours de néphrites chroniques. Cependant après l'accouchement on voit parfois disparaître la poussée de néphrite, en même temps que la rétinite qui l'accompagnait. Le pronostic vital n'est donc pas toujours aussi mauvais qu'en dehors de la gestation.

La rapidité de l'évolution du processus ophtalmique est un signe de gravité de la maladie.

M. le Professeur Couvelaire conclut à propos de deux cas de rétinite gravidique qu'en l'absence d'une réaction favorable rapide par le traitement médical, il faut se hâter d'intervenir.

Il est plus rare que l'aggravation d'un symptôme conduise à l'interruption de la gestation.

Nous n'avons pas d'observation où les œdèmes par leur importance menacent directement la vie de la femme et nécessitent l'interruption de la gestation.

Une azotémie progressivement croissante, une tension artérielle très élevée, peuvent être une indication surtout si le traitement médical est inefficace.

Il ne peut être en général question d'interruption prophylactique dès le début de la gestation, car nous avons vu que les néphrites chroniques sont aggravées de façon très variables. Parfois même la gestation semble n'avoir aucune influence sur la néphrite.

Cependant, on pourrait préconiser l'intervention prophylactique dans certaines formes encore évolutives et paraissant aggravées par la gestation récente (N° XXXIX).

DEUXIÈME PARTIE

DISCUSSION

Nous voudrions essayer de tirer de cette étude quelques considérations concernant le diagnostic, le pronostic et la thérapeutique des néphrites chroniques.

Considérations pour le diagnostic

1° Les frontières ne sont pas nettes entre la néphrite chronique et la néphropathie gravidique.

I. Nous avons été frappée de la difficulté de poser le diagnostic de néphrite chronique au cours de la gestation. Cette difficulté tient à l'existence d'une affection particulière à la grossesse, qui guérit après l'accouchement et qui peut réaliser un tableau clinique analogue, . Quelques symptômes permettent de poser avec certitude le diagnostic d'une néphrite :

— c'est l'existence d'hypertension, avec hypertrophie du ventricule gauche ou signe de défaillance cardiaque ;

— l'existence d'une azotémie élevée.

En dehors de ces symptômes rien ne permet de différencier la néphrite chronique d'une néphrite gravidique.

Il faudra tenir compte du moment de la gestation où les symptômes ont été constatés. Quand on constate précocement l'existence de symptômes de la série rénale on pense plutôt à une néphrite chronique.

Le meilleur élément de diagnostic est la constatation avant la gestation de symptômes de néphrite chronique.

Nous n'avons pas l'impression que cette difficulté ait été mise en évidence dans les travaux actuels. Dans les traités d'accouchement on insiste surtout sur le pronostic et l'évolution différente des deux affections, sans montrer qu'il est souvent difficile de les différencier.

En Allemagne, sous l'influence de Volhard, von Jaschke a essayé d'individualiser cliniquement, la néphropathie gravidique. Il la considère comme une néphrite, caractérisée anatomiquement par une dégénérescence des tubes urinifères, cliniquement, par le taux important d'albumine dans les urines, le poids spécifique élevé des urines, des œdèmes volumineux, une tension artérielle normale, l'absence d'hématurie.

La néphrite chronique est une glomérulo-néphrite avec hypertension et globules rouges abondants dans les urines.

Cette distinction est peut-être intéressante. Notre étude n'ayant pas été orientée dans ce sens, il nous est difficile d'avoir une opinion. Cependant étant donné la difficulté que nous avons eu à séparer les néphrites chroniques des néphropathies gravidiques, il ne nous semble pas qu'il y ait des différences aussi tranchées. D'autre part il paraît bien difficile de superposer un type clinique à un type anatomique. Même en Allemagne, de nombreux auteurs refusent de suivre von Jaschke, et insistent sur les difficultés du diagnostic (Seitz, Werner, Heynemann, Hiess et Beckman). Un signe différentiel sur lequel les auteurs allemands insistent et que nous n'avons pas

recherché, est la valeur du pouvoir de concentration du rein. Normal au cours de la néphropathie gravidique, il est diminué dans la néphrite chronique.

2° La difficulté est accrue du fait que l'on peut se demander si certaines néphropathies gravidiques ne peuvent pas devenir d'authentiques néphrites chroniques. Il est habituellement admis que la néphropathie peut se transformer en néphrite chronique. Déjà Vinay montrait cette possibilité en se demandant cependant si dans ce cas il n'y avait pas déjà une lésion rénale.

C'est qu'en effet, pour admettre cette possibilité il faudrait être sûr de l'intégrité rénale avant la gestation. Or, habituellement les femmes sont examinées pour la première fois à l'occasion de leur gestation.

C'est cette difficulté qui explique peut-être les opinions si différentes selon les auteurs. Les travaux parus sur ce sujet sont extrêmement nombreux. Nous citerons les deux opinions extrêmes :

Schultz sur 780 cas d'éclampsies et de néphrites gravidiques observés de janvier 1900 à décembre 1930, a pu en examiner 184. Il conclut à la guérison habituelle des affections rénales puerpérales et éclamptiques. L'évolution vers la néphrite chronique est exceptionnelle et la plupart du temps il est possible de retrouver dans l'histoire de ces malades une autre cause d'affection rénale durable. De telle sorte que ces réserves, mêmes au pronostic de la néphrite puerpérale, demeurent discutables.

Harris au contraire étudiant l'avenir des femmes soi-

gnées pour toxémie gravidique à la maternité du Johns Hopkins Hospital fait les constatations suivantes :

Sur 42 éclampsies, 27 ont été revues trois] avaient une néphrite chronique.

Sur 83 éclampsies, 55 ont été revues, 22 étaient normales, 33 avaient une néphrite chronique.

Pour faire le diagnostic de néphropathie gravidique, il s'est appuyé sur l'absence d'antécédents connus et sur l'allure clinique de l'affection.

Il est possible, étant donné la difficulté, de faire le diagnostic dans certains cas limites, qu'un certain nombre de néphrites chroniques latentes aient été englobées parmi les observations de néphropathie gravidique, ce qui expliquerait cette transformation si fréquente en néphrite chronique ?

3° *Les néphropathies gravidiques récidivantes sont-elles autre chose qu'une néphrite chronique.*

Dans trois observations, nous avons constaté l'apparition au cours de chaque gestation de symptômes de la série rénale, alors que l'examen actuel ne montre l'existence d'aucun trouble. S'agit-il de néphropathie gravidique ou de néphrite chronique actuellement latente.

Nous avons été dans l'impossibilité de répondre.

Habituellement, la néphropathie gravidique survient chez des primipares, et a peu de tendances à la récidue.

La répétition des accidents indique-t-elle l'existence d'une lésion rénale ? Dans certains cas l'examen rénal reste toujours normal en dehors des gestations et Picaud

dans une thèse récente réunissant 42 cas d'albuminurie récidivante ne trouve que trois fois une transformation en néphrite chronique.

Gibberd admet dans ces cas qu'il y a une lésion rénale permanente qui n'est mise en évidence qu'au cours de la gestation, celle-ci étant le test le plus sensible que nous ayons actuellement d'insuffisance rénale. Ceci reste une hypothèse, et avec nos observations il nous est impossible actuellement de trancher cette question.

Considérations pour le pronostic

Certaines néphrites présentent au cours de la gestation des manifestations graves, d'autres n'entraînent aucun trouble sans que rien auparavant permette de prévoir l'évolution.

D'après nos observations personnelles :

Les formes graves sont surtout des formes compliquées avec complications cardiaques ou oculaires. La rétinite cependant a un pronostic moins sérieux au cours de la gestation qu'en dehors de celle-ci.

Le pronostic des formes graves est mauvais et la mort après l'accouchement est fréquente, même quand on est intervenu.

Il est fréquent même dans les formes graves, quand elles n'aboutissent pas à la mort, de voir survenir une amélioration après l'accouchement et parfois même une disparition de tous les symptômes. Cette amélioration nous semble être toujours rudimentaire dans les formes graves, elle est parfois rudimentaire même dans les forme

moins graves — où nous avons vu malgré une disparition rapide des symptômes après l'accouchement, la mort survenir dans les années qui suivirent. Sachs après avoir étudié 50 observations arrive à des conclusions parallèles :

« Il faut souligner qu'on ne peut prévoir la façon dont se comportera le rein atteint de néphrite chronique, non seulement chez les différentes femmes, mais encore chez la même femme au cours de grossesses successives. Toutes les néphrites chroniques ne s'aggravent pas pendant la grossesse, et toutes les néphrites chroniques aggravées par la grossesse ne restent pas aggravées ultérieurement ».

Considérations pour la thérapeutique

De cette incertitude du pronostic va découler une incertitude de la thérapeutique.

Il y a peu d'indications nettes à l'interruption de la gestation.

Dans nos observations, les formes où l'on est intervenu sont habituellement les formes graves. Malgré l'intervention la mortalité a été très élevée.

Dans les cas où une amélioration s'est produite, il est difficile de juger de l'efficacité de l'intervention, car nous observons une amélioration analogue dans les gestations qu'on a laissé évoluer spontanément. Nous avons été frappée du fait qu'au cours des néphrites avec prédominance de l'azotémie, les deux cas où la gestation a été interrompue ont évolué vers la guérison, alors que les deux cas où la gestation a évolué spontanément ont entraîné la mort. Mais nous avons trop peu d'observations pour pouvoir tirer des conclusions.

Nous avons recherché l'opinion d'autres auteurs. Habituellement on se borne à constater la gravité fréquente de la néphrite chronique, d'où la nécessité d'interrompre la gestation.

Dans un important travail que Sachs a consacré à ce sujet il s'efforce de préciser les indications.

Pour lui elles sont restreintes, car les néphrites chroniques non compliquées, même si elles sont aggravées au cours de la grossesse ne le sont pas aussi souvent qu'il ressort de la littérature. La décompensation cardiaque est une indication formelle d'interruption. Pour les complications oculaires, il constate que la rétinite et le décollement de la rétine disparaissent rapidement après la fin de la gestation, beaucoup plus rapidement que lors d'une néphrite chronique en dehors de la gestation. Aussi n'intervient-il que si les troubles oculaires ont une tendance à l'aggravation rapide. Aucune aggravation de symptôme ne justifie pour lui l'interruption de la gestation.

Pour conclure nous dirons que la pathologie rénale au cours de la gestation est encore obscure. Il n'y a pas de limites nettes entre la néphropathie gravidique et la néphrite chronique. Toutes les formes de transition existent.

L'aggravation de la néphrite chronique pendant la gestation est variable suivant les cas. Parfois elle n'est que momentanée. Rien ne permet de le prévoir.

Dans ces conditions, d'après l'étude de nos observations, le meilleur traitement nous paraît être encore dans la majorité des cas le traitement médical.

TROISIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

Obs. I. — 2^e gestation, 32 ans, angines fréquentes. Hypertension constatée pendant le travail. Accouchement à terme, enfant vivant 4 kg. infarctus.

N^o 73. — Année 1925

Mme Gil..., Henriette, 32 ans, 2^e gestation.

Antécédents héréditaires :

Père décédé (?). Mère bien portante. 2 collatéraux vivants ; 5 décédés.

Antécédents personnels :

Angines fréquentes jusqu'à l'âge de 16 ans.

Antécédents obstétricaux :

1^{er} gestation : 1923, à la Clinique Baudelocque.

Accouchement normal à terme garçon 3.450 gr. bien portant nourri au sein. Placenta 420 gr. Phlébite dans les suites de couches. Pas d'albuminurie.

2^e gestation : D.R. 20-24 avril 1924. Gestation bien supportée, pas d'albuminurie.

12 janvier : Accouchement normal à terme garçon 4.00 gr. Placenta 630 gr. présentant 3 infarctus anciens.

Hémorragie de la délivrance. La tension prise à cette occasion est de 19 1/2-9. L'interrogatoire ne révèle rien d'anormal dans les antécédents. Possibilité de néphrite chronique à forme hypertensive simple.

Suites de couches normales.

La femme n'a pas été retrouvée en 1934.

Obs. II. — 2^e gestation, 38 ans. Dyspnée, céphalée depuis 9 ans. Au 5^e mois hypertension 26-16. Albuminurie. Azotémie 0,70. Accouchement au 6^e mois. Macéré, infarctus. Persistance de l'hypertension. Mort 4 ans après.

N^o 91. Année 1925

Mme Dev..., 38 ans, 2^e gestation.

Antécédents héréditaires :

Père décédé à 39 ans, cardiaque. Mère bien portante. 5 col-

latéraux. 1 bien portant, 2 prématurés, 2 morts de convulsions à un an.

Antécédents personnels :

Congestion pulmonaire dans l'enfance. Coqueluche à 30 ans, Dyspnée et céphalée depuis 1916.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} gestation : 1914. Accouchement normal à terme, fille 3.750 gr. bien portante.

2^e gestation : D.R. 1^{er}-6 juillet 1924.

Les crises de dyspnée, fréquentes depuis 1916, augmentent d'intensité depuis le début de la gestation, surtout nocturnes ; elles obligent la malade à rester assise dans son lit.

24 décembre : Crise de dyspnée nocturne plus violente que d'habitude, la femme dit ne pas sentir remuer depuis le 21 décembre. Un examen d'urines montre la présence d'albumine ; elle n'avait pas été recherchée auparavant.

7 janvier : Hospitalisation à Baudelocque.

Examen obstétrical : utérus remontant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Bruits du cœur non perçus. Montée laiteuse.

Examen général : Albuminurie 2 gr.. Tension artérielle 26-16. Souffle systolique de la base. Claquement du 2^e bruit. Urée sanguine 0,70. Oedème des membres inférieurs. B.W. négatif.

Du 8-16 janvier : sous l'influence du régime l'albuminurie baisse progressivement pour atteindre 0,75. La tension artérielle baisse à 24-13.

16 janvier : Accouchement fille macérée 565 gr. Placenta 168 gr. contenant de nombreux infarctus. Suites de couches : albuminurie 0,50 le 27 janvier. Tension artérielle 22-13.

Décédée en juin 1929. Aurait fait une crise d'urémie

Obs. III. — 3^e gestation, 37 ans, un avortement, un accouchement prématuré au 8^e mois, mort-né. Albuminurie. Dès le début de la gestation albuminurie, T.A. 15-10, né à terme 2190 vivant, infarctus, persistance de l'albuminurie.

N° 161. Année 1925.

Mme Au..., Marie, 37 ans. 3^e gestation.

Antécédents héréditaires :

Père mort de laryngite ? Mère morte de suites de couches.
Pas de collatéraux.

Antécédents personnels :

Rougeole.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} gestation : 1922.

Avortement de 5 mois 1/2.

2^e gestation : 1923.

Accouchement prématuré au 8^e mois : mort-né. Albuminurie qui a persisté plusieurs mois après l'accouchement.

3^e gestation : D.R. 3-8 mars 1924.

Albuminurie dès le début de la gestation.

13 janvier 1925 : hospitalisée à Baudelocque. Abuminurie 0,50-1 gr. Tension artérielle 15/10. Urée sanguine 0,26.

30 janvier : Accouchement garçon 2.180 gr. Placenta 360 gr. quelques infarctus anciens intra-cotylédonnaire.

Suites de couches : albuminurie diminue, mais persiste : à la sortie 0,25. Tension artérielle 14 1/2-10 1/2.

Enfant bien portant pesant 2.260 gr. le 8 février.

La femme n'a pas été retrouvée en 1934.

Obs. IV. — 4^e gestation 31 ans, 2 accouchements prématurés à 7 mois. *Fœtus mort. T.A. 20-15, albuminurie acc. au 6^e mois, macéré, infarctus, suites de couches, T.A. 17-13.*

N° 317. Année 1925.

Mme Gre..., Angèle. 31 ans. 4^e gestation.

Antécédents héréditaires :

Parents décédés ? 2 collatéraux bien portants. Une sœur morte de cirrhose. 2 frères morts à la guerre.

Antécédents personnels :

Rien à signaler.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} gestation : 1919.

Accouchement prématuré à 7 mois. Enfant mort-né.

2^e gestation : 1923.

Accouchement normal à terme, Pas d'albuminurie.

3^e gestation : 1924.

Accouchement prématuré au 7^e mois. Rétention fœtale.

Au cours de ces 3 gestations on n'a jamais recherché l'albuminurie.

4^e gestation : D.R. 11-16 août 1924.

Au 5^e mois : pertes rosées peu abondantes pendant 15 jours. Au 6^e mois : céphalée, dyspnée.

Depuis le 13 février la femme ne sent pas remuer.

20 février : hospitalisation à Baudelocque.

Examen obstétrical : Utérus remontant à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Bruits du cœur non perçus. Colostorrhée.

Examen général : Albuminurie 7 gr. Tension artérielle 20-15 Pas d'œdème. Urée sanguine 0,30. B.W. négatif.

23 février : Expulsion d'un fœtus mort et macéré 620 gr. Placenta 130 gr. présente de nombreux infarctus blancs. Suites de couches : augmentation de la diurèse qui passe de 600 gr. à 1 litre 1/2-2 litres. Disparition de l'albuminurie. Tension artérielle 17-13, le 3 mars.

La femme n'a pas été retrouvée en 1934.

Obs. V.— 3^e gestation, 37 ans, T.A. 25-15, albuminurie, cylindres. Troubles de la vue. Césarienne à 8 mois 1/2. enfant mort, hématome rétro-placentaire, mort le lendemain.

N° 507. Année 1925.

Mme Ler..., Sidonie, 37 ans, 3^e gestation.

Antécédents héréditaires :

Père mort à 62 ans. Hémorragie cérébrale ? mère morte à 69 ans. Congestion pulmonaire. 2 collatéraux bien portants. 6 morts en bas âge. 3 tués à la guerre.

Antécédents personnels :

Rougeole, coqueluche.

Antécédents obstétricaux :

Première gestation : 1920.

Accouchement normal à terme garçon 2.750 gr. vivant. Pas d'albumine.

2^e gestation : 1932.

Avortement 2 mois.

3^e gestation : D.R. 37 juin-2 juillet 1924.

Gestation bien supportée pendant les premiers mois ; pas d'examen d'urines.

Février 1925 : Céphalée, albuminurie.

10 mars : Albuminurie constatée à la Clinique Baudelocque. On institue un régime déchloruré.

20 mars : Albuminurie importante. Œdème malléolaire. Troubles de la vue sont apparus brusquement : brouillard devant les yeux, mouches volantes.

24 mars : hospitalisation à Baudelocque Céphalée persistante. Tension artérielle 25-15. Mauvaise diurèse. Albuminurie 7 gr. Nombreux cylindres. Pas d'hématies dans les urines, œdème léger au niveau des membres inférieurs et de la face. Urée sanguine 0,42. Persistance des troubles de la vue.

Examen obstétrical : Gestation au voisinage du terme. Plusieurs petits fibromes sur le fond et la face antérieure de l'utérus. Enfant vivant.

Une saignée de 700 gr. fait momentanément baisser la mx à 20.

25 mars : La céphalée et les troubles de la vue s'accroissant : saignée de 750 gr. entraînant une chute brutale de la tension à 2/7. avec shock marqué.

27 mars : Tension artérielle 27-17. Agitation marquée.

Etant donné la gravité de l'état général et bien que les bruits du cœur fœtal ne soient pas perçus, M. Portes décide d'intervenir par césarienne abdominale à l'anesthésie locale.

27 mars : intervention. Extraction d'un enfant mort, 2.950 gr. présentant un gros foie et une grosse rate. Placenta 700 gr. sur la face utérine dépôt important de fibrine occupant environ 1/4 de la surface placentaire et semblant être le reliquat d'une assez forte hémorragie ancienne.

Au milieu de cette masse deux gros caillots noirs intracotyliédonnaires semblant indépendants et témoignant d'hémorragies récentes.

28 mars : la femme est agitée et délire. Le pouls est petit, filant. Oligurie : 125 cc d'urines. La femme entre dans le coma et meurt.

Obs. VI. — 1^{re} gestation, 32 ans, T.A. 17 1/210, albuminurie, accouchement à terme Macéré.

N° 549. Année 1925.

Mme Hen..., Henriette, 32 ans. 1^e gestation.

Antécédents héréditaires :

Père mort à 69 ans paralysé. Mère morte à 43 ans d'embolie. 10 collatéraux, 4 vivants, 6 morts en bas âge.

Antécédents personnels :

Appendicectomie à 13 ans 1/2. Bronchites fréquentes depuis l'âge de 20 ans. Congestion pulmonaire en 1923.

1^e gestation : D.R. 8-13 juillet 1924.

Au début de la gestation vomissements fréquents. Un examen d'urines aurait montré de l'albuminurie. On n'en a pas retrouvé aux examens ultérieurs.

En décembre : crises de dyspnée accompagnées de céphalée violente, à la suite de laquelle survint une épistaxis abondante. Depuis épistaxis fréquentes.

29 mars : apparition de contractions douloureuses.

30 mars : disparition des mouvements actifs du fœtus.

2 avril : hospitalisation à la Clinique Baudelocque. Albuminurie. Tension artérielle 17 1/2-10. Agglutination du col. Bruits du cœur non perçus.

3 avril : Accouchement normal, enfant mort et macéré 2. 370 gr. Placenta 500 gr. aspect chair à saucisse. Suites de couches normales. Aucun renseignement sur l'albuminurie et la tension artérielle. B. W. négatif. La femme n'a pas été retrouvée en 1934.

Obs. VII. — 2^e gestation, 30 ans. un accouchement au 7^e mois, mort-né. Albuminurie. accouchement au 3^e mois, T.A. 21-11. Albuminurie, œdèmes accouchement prématuré au 7^e mois. Mort-né, infarctus. Persistance de l'albuminurie.

N° 1.137. Année 1925.

Mme Zwa..., Hortense. 30 ans, 2^e gestation.

Antécédents héréditaires :

Parents morts accidentellement. Un frère mort de tétanos.

Antécédents personnels : Ictère apparu au 2^e mois de sa première gestation, il disparaît après l'accouchement pour réparaître 6 mois après, après une crise de coliques hépatiques. Opérée par le Prof. Gosset on lui trouve une douve du cholédoque. A ce moment elle aurait eu de l'albuminurie. Guérison complète après l'opération.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} gestation : 1922.

Accouchement prématuré au 7^e mois mort-né 2.500 gr.
Albuminurie pendant la gestation disparaissant 5 jours après l'accouchement.

2^e gestation : 1925. D.R. 18-23 novembre 1924.

Au 3^e mois de la gestation albuminurie 0,40, pour laquelle elle a suivi régulièrement un régime lacto-végétarien déchloruré

Au 7^e mois œdème des membres inférieurs.

16 juin 1925 : hospitalisation à la Clinique Baudelocque. œdème volumineux des membres inférieurs. Tension artérielle 21/11. Albuminurie 2 gr. Urée sanguine 0,53 B.W. négatif
Enfant vivant.

8 juillet : Accouchement fille morte 1.080 gr. Placenta 240 gr. gros infarctus.

L'albuminurie diminue, mais persiste à 0 gr. 50. Tension artérielle baisse progressivement.

20 juillet : Tension artérielle 15/11.

La femme n'a pas été retrouvée en 1934.

Obs. VIII. — 1^{re} gestation, 35 ans, Néphrite de la scarlatine au 2^e mois, T.A. 19-13. Albuminurie, œdèmes troubles de la vue. Mort du fœtus et évacuation utérine au 6^e mois. Disparition des troubles. Mort quatre ans après.

N° 2.229. Année 1925.

Mme Car..., Marie, 35 ans, première gestation.

Antécédents héréditaires :

Parents morts de tuberculose pulmonaire. Une sœur morte à 27 ans de tuberculose pulmonaire, 4 collatéraux bien portants.

Antécédents personnels :

En 1913 scarlatine compliquée de néphrite avec albuminurie importante qui disparaît au 40^e jour. Depuis bon état général, pas d'examen rénal. Epistaxis fréquentes.

1^{re} gestation : D.R. 14-20 juin 1925.

En août : bouffissure de la face ; pas d'œdèmes apparents,

mais augmentation de poids importante. Epistaxis fréquentes.

3 décembre : Albuminurie. Régime lacto-végétarien.

15 décembre : Albuminurie 16 gr. 69.

16 décembre : hospitalisation à Baudelocque. Albuminurie importante. Oedème de la face et des mains. Céphalée et troubles de la vue. Barre épigastrique. Tension artérielle 19-13. 2^e bruit aortique claqué. Mauvaise diurèse. Une saignée de 300 gr. fait tomber la tension mx à 16, mais tendance syn-copale faisant arrêter la saignée.

17 décembre : La diurèse augmente un peu (300 gr.) Albuminurie 7 gr. Tension artérielle 18-12-1/2. Urée sanguine 0,39.

Examen obstétrical : Utérus dont le fond remonte à un travers de main au-dessus de la symphyse. Il est à plus de 3 travers de doigts au-dessous de l'ombilic. En outre cet utérus est dur. A la pression des seins on fait sourdre du colostrum.

Saignée de 300 gr. ramenant la mx à 16 1/2.

Amélioration de la céphalée et des troubles de la vue.

18 décembre : Evacuation de l'utérus après dilatation préalable aux laminaires. Hystérotomie vaginale sous anesthésie générale pour extraction de la tête dernière retenue dans l'utérus. Suites de couches : augmentation de la diurèse 1 litre à 1 litre 1/2. L'albuminurie disparaît progressivement La tension artérielle baisse 10/6 le 3 janvier.

Revue le 21 juin 1926 par M. Desnoyers : bon état général, tension artérielle 16-11.

Décédée en février 1930 : aurait été paralysée plusieurs mois.

Obs. IX. — 6^e gestation, 29 ans. *Erysipèle, angines.* Azotémie 1 gr. 75, albuminurie. *Accouchement prématuré provoqué au 7^e mois, enfant vivant, mort le lendemain.* Amélioration.

N^o 151. Année 1926.

Mme Ag..., Albertine. 29 ans. 6^e gestation.

Antécédents héréditaires :

Père bien portant. Mère décédée d'une affection pulmonaire à 47 ans. 7 collatéraux bien portants.

Antécédents personnels :

Erésipèle de la face à 18 ans. Angine à 20 ans.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} *gestation* : 1919.

Accouchement à terme fille bien portante. Légère albuminurie.

2^e *gestation* : 1930. Accouchement normal à terme fille bien portante.

3^e *gestation* : 1921. Accouchement normal à terme fille bien portante.

4^e *gestation* : 1923 Accouchement normal à terme garçon décédé au 4^e mois. Pyélonéphrite 3 jours après l'accouchement débutant par un frisson. Pyurie. Guérison en quelques jours.

5^e *gestation* : 1924. Accouchement normal à terme fille bien portante.

En dehors de la première gestation où la femme a eu une légère albuminurie on n'a jamais constaté d'albumine dans ses urines.

6^e *gestation* : D.R. 3 juin 1925.

Vomissements assez fréquents au début de la gestation.

Les urines ne sont pas examinées.

4 janvier : La malade vient consulter. On constate de l'albumine dans les urines. Elle est très fatiguée, a des vomissements fréquents, du prurit. Elle est subictérique. Urée sanguine 1 gr. 75. Tension artérielle 11/8. Cœur normal. Pas d'œdème. Diurèse 250-500 cc. Albuminurie 1 gr. Leucocytes et colibacilles dans les urines. Urobilinurie. B.W. négatif.

Examen oculaire : Fond d'œil normal.

22 janvier : M. le Professeur Couvelaire, étant donné le taux de l'azotémie, les signes d'insuffisance hépatique (urobilinurie, subictère) décide l'interruption de la gestation. Pose d'un ballon suivie, trois heures après de l'expulsion d'une fille pesant 1.720 gr. décédée quelques heures après l'accouchement. Placenta 370 gr. normal. Suites de couches : diurèse augmente progressivement.

26 janvier : diurèse 1.000 gr.

27 janvier : diurèse 2 litres.

Albuminurie persiste pendant la durée de l'hospitalisation (31 janvier) : 1-2 gr. environ. Tension artérielle 9/7.

Obs. X. — 1^{re} *gestation* 19 ans. Néphrite de la scarlatine. Azotémie 1,62, Albuminurie. Accouchement pré-

maturé au 7^e mois. Enfant vivant 1.300 gr. Mort 1 mois après.

N^o 448. — Année 1926.

Mme Sar..., Jeanne, 19 ans. première gestation.

Antécédents héréditaires :

Parents bien portants. 3 enfants morts en bas âge : 2 vivants.

Antécédents personnels :

Scarlatine à 10 ans, à la suite de laquelle on constate de l'albuminurie, des œdèmes au niveau de la face et des membres inférieurs de la dyspnée d'effort : Un an après, poussée aiguë de néphrite. Douleurs lombaires. Température élevée. Diarrhée. Troubles de la vue : amaurose qui aurait duré trois mois. Depuis a toujours conservé de l'albumine dans ses urines, à 1 gr. environ, qu'elle suive ou non un régime déchloruré. Depuis quelques années la malade a cessé de suivre tout régime sans noter de changement dans son état.

Adénites multiples apparues à 11 ans, cervicales droites, puis axillaires droites ; ces adénites suppurent et se fistulisent. Guérison à 17 ans.

1^{re} gestation : D.R. 15 juillet 1925.

21 décembre : Hospitalisation à la Clinique Baudelocque. Troubles fonctionnels. Céphalée, bourdonnements d'oreilles, somnolence, épistaxis. Urée sanguine 1 gr. 62. Tension artérielle 14-9. Pas d'œdème. Diurèse 1 litre 1/2 à 2 litres. Albuminurie 1 gr.

Examen obstétrical : Utérus remontant à l'ombilic. Bruits du cœur perçus. La malade est mise au régime lacté (3 litres de lait par jour)

Evolution : la diurèse reste stationnaire. L'albuminurie persiste à 1 gr. Tension 11 1/2-7.

	Dosage d'urée	K	Phénol
22 décembre	1,63	0,569	1 %
25 janvier	1,90	0,84	1 %

B.W. négatif.

Examen oculaire : Séquelles de kératite interstitielle et iritis d'origine hérédo-syphilitique. Il ne semble pas exister de lésion rétinienne albuminurique et ses manifestations hérédo-syphilitique ne sont pas en état d'activité.

3 mars : Accouchement prématuré à 7 mois 1/2, enfant vivant 1.300 gr. Placenta 320 gr. normal.

9 mars : Suites de couches : Urée sanguine 2,70, K 1,41, Phénol 0 %. Persistance de l'albuminurie, 1,50. Tension artérielle 10/8.

22 mars : décédée.

Obs. XI. — 1^{re} gestation, 36 ans. Céphalée, épistaxis, au 7^e mois T.A. 22-12. Albuminurie, Accouchement prématuré à 8 1/2 mois, enfant vivant 2400, infarctus. Persistance de l'hypertension.

N° 1.111. — Année 1926.

Mme Del..., 36 ans. première gestation.

Antécédents héréditaires :

Rien à signaler.

Antécédents personnels :

Depuis quelques années : céphalée. Epistaxis parfois abondante. En 1924 : urée sanguine 0,54.

1^e gestation : D.R. 14-18 septembre 1925.

1^{er} mai 1926 : On constate de l'albuminurie pour la première fois.

7 mai : Hospitalisation à la Clinique Baudelocque. Tension artérielle 22/12. Clangor du 2^e bruit aortique. Radioscopie du cœur : ventricule gauche augmenté de volume ; point G élevé. Diurèse 1 litre 1/2. Albuminurie 50 cgr. Urée sanguine 0,12. K. 0,06. Etat stationnaire jusqu'à l'accouchement.

9 juin : Accouchement à 8 mois 1/2 fille 2.400 gr. Placenta 450 gr. 4 petits infarctus anciens et un infarctus récent. Légère hémorragie après la délivrance qui fait tomber la tension à 13/10 1/2.

13 juin : Tension artérielle 19/12.

Suites de couches : Diurèse stationnaire. Disparition immédiate de l'albuminurie. Tension artérielle 18-10 1/2.

27 août : Tension artérielle 22-13 1/2. Radioscopie : hypertrophie du ventricule gauche ; aorte plus opaque que normalement, un peu élargie.

M. Aubertin fait le diagnostic d'hypertension essentielle ayant fait une petite albuminurie insignifiante à l'occasion de sa gestation.

La femme n'a pas été retrouvée en 1934.

Obs. XII. — 3^e gestation, 36 ans. Néphrite hématurique. Syphilis. 1 accouchement prématuré à 7 mois. 1 avortement, 1 accouchement prématuré à 7 mois. Macéré. Albuminurie au cours des trois gestations. Persistance de l'albuminurie.

N^o 262. — Année 1927

Mme Rau..., Emilie. 36 ans. 3^e gestation.

Antécédents héréditaires :

Père décédé de tuberculose pulmonaire. Mère décédée de tuberculose pulmonaire, diabétique. 5 collatéraux, 2 décédés en bas âge, 1 décédé à 6 mois, 1 décédé à 1 ans, 1 décédé à 14 ans d'une pleurésie et un bien portant.

Antécédents personnels :

Typhoïde et coqueluche dans l'enfance. Hématurie répétées entre 14 et 28 ans. Hospitalisée à l'Hôpital Necker, un examen rénal complet montre l'absence de lithiase et fait porter le diagnostic de néphrite hématurique du rein gauche.

Depuis 1918 la femme n'a plus jamais eu de douleurs lombaires, ni d'hématurie.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} gestation : 1932.

Albuminurie, mort du fœtus au 7^e mois et accouchement provoqué après la mort du fœtus à la Clinique Tarnier. L'albuminurie a persisté après l'accouchement, oscillant entre 0,25 et 0,50.

2^e gestation : 1923.

Au 4^e mois : avortement spontané. L'albuminurie persiste après l'avortement.

3^e gestation : D.R. 26 juin 1926.

Le mari ayant un B.W. positif, on fait à la malade un traitement spécifique bien que son Wassermann soit négatif

Du 29 septembre au 17 novembre 1926 elle reçoit 3 gr. 60. de novarsénobenzol. Pendant le traitement, l'albuminurie passe de 0,50 à 1 gr. ; après le traitement elle augmente brusquement pour atteindre 7 gr. le 4 décembre. Hospitalisée dans le service du Dr. Ribadeau-Dumas on lui fait une saignée de 300 gr.

Du 22 décembre au 19 janvier elle reçoit 1 gr. 25 de sulfarsénol.

Albuminurie de 1-2 gr. qui ne cède pas au régime déchloruré.

Pendant la gestation les bruits du cœur n'ont jamais été perçus.

4 février 1927 : Accouchement prématuré au 7^e mois, foetus macéré 450 gr. Placenta 100 gr. La femme quitte la Clinique Baudelocque le 15 février, il persiste une albuminurie de 0,50.

La femme n'a pas été retrouvée en 1934.

Obs. XIII. — 7^e gestation, 43 ans, céphalée, dyspnée

Dès le début T.A. 22-13, urée sanguine 0,85. Albuminurie, accouchement à terme, enfant vivant 2.400.

N° 1973. — Année 1927.

Mme Sen..., Marie-Louise, 43 ans, 7^e gestation.

Antécédents héréditaires :

Père décédé à 45 ans de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels :

Depuis 1924 céphalée, troubles de la vue, crises de dyspnée nocturnes.

Antécédents obstétricaux.

1^{re} gestation : 1903. Accouchement normal à terme. Enfant 3.000 gr. décédé à 5 ans de diphtérie.

2^e gestation : 1905. Accouchement normal à terme, enfant bien portant.

3^e gestation : 1909. Accouchement normal à terme; enfant décédé à 5 ans de méningite.

4^e gestation : 1911. Accouchement normal à terme enfant bien portant.

5^e gestation : 1913. Avortement au 5^e mois suivi de phlébite.

6^e gestation : 1915. Accouchement normal à terme, enfant décédé à un an de broncho-pneumonie.

7^e gestation : D.R. 23-28 novembre 1926. Dès le premier mois de la gestation les troubles apparus en 1924 augmentent d'intensité, surtout les crises de dyspnée qui deviennent très fréquentes.

25 février 1927 : elle est examinée par M. Ravina pour la première fois. Gestation de 3 mois 1/2. Tension artérielle 22-13. Urée sanguine 0,85.

Le régime lacto-végétarien amène une amélioration des symptômes, mais la tension artérielle reste élevée : 22-13.

Urée sanguine 0,54 le 30 juillet. Légers nuages d'albumine pendant les derniers mois de la gestation.

25 août 1927 : Diurèse 1 litre. Albumine 0,50, Urée sanguine 0,47. Tension artérielle 24-11. Clangor. Pas d'œdème.

Examen oculaire : pas de lésions en relation avec la rétention uréique. Fond d'œil normal, sauf rétrécissement spasmodique des artères de la rétine en correspondance avec l'hypertension artérielle.

28 août : Accouchement normal à 8 mois 1/2 garçon 2.400 vivant. placenta 450 gr.

Suites de couches : tension 19-14 1/2 tout de suite après l'accouchement. Pas de renseignements sur la tension artérielle les jours suivants. L'état de la mère est bon à la sortie. celui de l'enfant également.

Femme pas retrouvée en 1934.

Obs. XIV. — 4^e gestation, 32 ans, néphrite aiguë, 2 avortements, 1 accouchement à terme, albuminurie.

3^e mois : urée sanguine 1,32, rétinite. Accouchement provoqué au 6^e mois, enfant mort, amélioration.

N° 2546. — Année 1927.

Mme Rous..., Mathilde, 32 ans, 4^e gestation.

Antécédents héréditaires :

Père bien portant. Mère décédée à 47 ans de tuberculose pulmonaire. 5 collatéraux bien portants.

Antécédents personnels :

Fièvre typhoïde en 1920 compliquée d'albuminurie (1 gr. à 1 gr. 50 pendant 1 mois 1/2).

Antécédents obstétricaux :

1^{re} gestation : 1921. Avortement de 3 mois 1/2.

2^e gestation : 1922. Avortement de 5 mois.

3^e gestation : 1924 Accouchement normal à terme fille 4. 440 gr. bien portante. Albuminurie (1 gr.) depuis le 3^e mois 1/2 de la gestation.

4^e gestation : D.R. 10-15 mai 1927.

Au 3^e mois : albuminurie 1 gr.

Au 4^e mois : albuminurie 4 gr.

Au 6^e mois : albuminurie 10 gr. œdème de la face, surtout marqué au niveau des paupières. Troubles de la vue, diminution de l'acuité visuelle, mouches volantes.

3 décembre 1927 : Hospitalisée à la Clinique Baudelocque. Tension artérielle 16 1/2-12. Albuminurie 4 gr. Oedème palpébral. Urée sanguine 1 gr. 32.

Examen oculaire : rétinite azotémique bilatérale traduite par 1° foyer d'exsudat rétinien dans les espaces intervasculaires. Rien à la périphérie, pas d'hémorragie rétinienne. Légère congestion veineuse. Hyperhémie papillaire.

2° Diminution de l'acuité visuelle. Oeil droit : 0,2. Oeil gauche : 0,2.

Musculature intrinsèque et extrinsèque normale. Réflexes iriens normaux.

M. le Professeur Couvelaire pose l'indication de l'interruption de la gestation : le 6 décembre expulsion après pose d'un ballon d'un enfant mort non macéré pesant 1.200 gr. Placenta 300 gr. quelques petits infarctus anciens.

Suites de couches : amélioration progressive. Tension artérielle 11/9. Urée sanguine 0,50 le 13 décembre. Albuminurie 0,25 Examen oculaire : état stationnaire.

La femme n'a pas été retrouvée en 1934.

Obs. XV. — 12^e gestation, 36 ans. 11^e gestation : albumine, troubles de la vue. 3^e mois : azotémie 1,04, T.A. 23-14, rétinite. Avortement thérapeutique 5^e mois. Mort deux mois après.

N° 2724. — Année 1917.

Mme Den..., Marie-Jeanne. 36 ans, 12^e gestation.

Antécédents héréditaires :

Père décédé à 59 ans de broncho-pneumonie. Mère décédée à 55 ans de congestion pulmonaire, 6 collatéraux décédés en bas âge.

Antécédents personnels :

Coqueluche, adénite cervicale suppurée à 19 ans.

Antécédents obstétricaux :

1^e gestation : 1910. Accouchement normal à terme fille 2.500 gr. bien portante nourrie au sein.

2^e gestation : 1911. Accouchement normal à terme fille 3.000 gr. bien portante nourrie au sein.

3^e gestation : 1913. Accouchement normal à terme fille 3.000 gr. bien portante nourrie au sein.

4^e gestation : 1915. Accouchement normal à terme garçon 5.000 gr. bien portant.

5^e gestation : 1917. Accouchement normal à terme garçon 4.000 gr. nourri au sein, bien portant.

6^e gestation : 1919.

7^e gestation : 1921.

8^e gestation : 1922.

9^e gestation : 1923.

10^e gestation : 1924.

} Accouchement normaux à terme,
enfants vivants.

Au cours de ces dix gestations il n'y a jamais eu d'albumine dans les urines.

11^e gestation : 1926. Albuminurie les derniers mois de la gestation (8-9 gr. par litre). Troubles de la vue. Accouchement spontané à terme garçon 2.500 gr.

Suites de couches amélioration de la vision qui ne redevint jamais normale un mois après l'accouchement.

12^e gestation : D.R. fin juin 1927.

Au 3^e mois : céphalée, diminution de l'acuité visuelle. Pas d'examen médical.

En octobre : albuminurie 2 gr. Crises de dyspnée nocturnes. Palpitations. Crachats hémoptoïques. Oedèmes malléolaires.

10 décembre : Hospitalisation à Baudelocque. Tension artérielle 23/14. Albuminurie 2 gr. Azotémie 1 gr. 04. Constante K 0,32. Dyspnée, toux, crachats hémoptoïques.

Examen oculaire : Acuité visuelle semble normale, champs visuels normaux. Oeil droit : décoloration de la papille du nerf optique, hémorragie discrète à la périphérie de la papille et à la périphérie de la rétine. Oeil gauche : décoloration peu marquée de la papille, hémorragie péripapillaire et lésions pigmentaires de la périphérie de la rétine.

Saignée de 500 gr. Amélioration de la dyspnée : tension artérielle 16-14.

Le 14 décembre : Urée sanguine 1 gr. 47. Azote total 0 gr. 64. Cholestérinémie 1 gr. 58.

Le 15 décembre : M. le Prof. Couvelaire décide d'interrompre la gestation.

Le 17 décembre : Expulsion après pose d'un ballon de 2 foetus : 1^{re} foetus mort-né 410 gr. 2^e foetus : vivant 1.050 gr. mort quelques jours après. 2 placentas. 1^{er} placenta : 110 gr. dégénéré, 2/3 de sa surface sont blanchâtres, très minces, quelques millimètres d'épaisseur. 2^e placenta : 300 gr. normal.

Suites de couches : l'albumine baisse progressivement pour

atteindre 0 gr. 50 le 24 décembre. L'urée du sang augmente 1 gr. 55. Tension artérielle 17-11. La malade quitte la Clinique Bandelocque le 28 décembre. L'état général est satisfaisant, elle se plaint toujours de céphalée.

Femme décédée le 11 février 1928, aurait eu depuis sa sortie de Bardelocque des œdèmes généralisés importants, une albuminurie élevée.

Obs. XVI. — 2^e gestation, 26 ans, *néphrite aiguë*. *Albuminurie, accouchement prématuré à 8 mois. Enfant vivant 2370.*

N° 15. — Année 1928.

Mme Cham..., Gabrielle, 26 ans, 2^e gestation.

Antécédents héréditaires :

Rien à signaler.

Antécédents personnels :

Néphrite aiguë avec anurie à 23 ans ayant nécessité son hospitalisation à Bicêtre pendant 2 mois.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} gestation : 1926. Avortement de 2 mois.

2^e gestation : D.R. 25-29 avril. Accouchement prématuré au 8^e mois : fille vivante 2.370 gr. Placenta 500 gr.

Au moment du travail albuminurie. Tension artérielle 14 1/2-7.

Suites de couches normales.

Femme bien portante en 1934. On n'a pu faire d'examen rénal.

Obs. XVII. — *Première gestation 30 ans. Albuminurie depuis 8 ans. 2^e mois : Albuminurie, œdème. T.A. 18-11. Urée 0,60 accouchement prématuré au 7^e mois. Enfant vivant 1110, infarctus. Persistance de l'albuminurie.*

N° 1155. — Année 1928.

Mme Cl..., Fernande. 30 ans. première gestation.

Antécédents héréditaires :

Père décédé d'un cancer de l'estomac. Mère décédée diabétique. Un collatéral bien portant.

Grand

Antécédents personnels :

En 1920 albuminurie ayant duré 6 mois. Depuis bon état général : Pas d'examen d'urines.

1^{re} gestation : D.R. 26-30 octobre 1927. Albuminurie constatée la 6^e semaine de la gestation. Malgré le régime déchloruré cette albuminurie persiste et s'accroît en même temps qu'apparaissent des œdèmes, d'abord au niveau des membres inférieurs, puis de la face.

En mai apparaissent des troubles de la vue, surtout baisse de l'acuité visuelle.

24 mai 1928 : hospitalisation à Baudelocque. Albuminurie : 8 gr. Diurèse 1/2 litre. Œdème important au niveau des membres inférieurs. Tension artérielle 18/11. Urée sanguine 0,60. Examen oculaire : fond d'œil normal.

30 mai 1928 : accouchement prématuré au 7^e mois, fille : 1.110 gr., vivante, décédée au bout de 18 heures. Placenta : 270 gr., quelques infarctus anciens, de nombreux infarctus récents ; un petit hématome rétro placentaire. Suites de couches la diurèse augmente, 2 litres 1/2. Albuminurie diminue progressivement : 0,50 le 10 juin, tension artérielle 16 1/2-12.

L'albuminurie a persisté depuis l'accouchement à l'état de trace ; bon état général ; n'a pas eu de nouvelle gestation. On n'a pu faire d'examen rénal.

Obs. XVIII. — *Première gestation. 29 ans. 5^e mois : T.A. 27-19. Azotémie 1 gr. Albuminurie, rétinite. Césarienne avec stérilisation au 5^e mois. Amélioration momentanée. Hypertension un an après.*

N^o 2.633. Année 1928.

Mme Gran..... Germaine, 29 ans, 1^{re} gestation.

Antécédents héréditaires :

Parents bien portants. Une sœur bien portante ; deux frères tués à la guerre ; une sœur décédée en bas âge de complications de la rougeole ; une sœur décédée en bas âge de cause inconnue.

Antécédents personnels :

Ictère infectieux bénin à 14 ans. Rougeole à 15 ans compliquée de broncho-pneumonie et de pleurésie purulente droite pour laquelle on a fait une pleurotomie.

Première gestation : D.R. 10-15 juillet 1928. Les premiers mois de la gestation ont été bien supportés, on n'a fait aucun examen rénal.

Depuis le 10 décembre : la femme se plaint de céphalée frontale continue, de troubles de la vue, sensation de brouillard devant les yeux. Œdèmes apparus au niveau des membres inférieurs ; elle a quelques épistaxis.

15 décembre : un médecin trouve 4 gr. 73 d'albumine et prescrit une diète hydrique.

19 décembre : la tension artérielle aurait atteint un chiffre très élevé : saignée de 300 gr. qui soulage peu la malade. Les troubles oculaires vont en s'accroissant.

20 décembre : hospitalisation à la Clinique Baudelocque. Examen à l'entrée : troubles fonctionnels, céphalée, bourdonnements d'oreilles. Troubles oculaires. Tension artérielle 27/19. Pouls 128. Ebauche de galop à la pointe. Clangor du 2^e bruit aortique. Albuminurie 8 gr. Ecchymoses purpuriques au niveau des deux jambes.

Examen obstétrical : hauteur utérine H.U. 10. Bruits du cœur non perçus.

21 décembre : tension artérielle 24/17-12. Urée sanguine 1 gr. B.W. négatif.

Examen oculaire : Neuro-rétinite avec décollement rétinien bilatéral. Oeil droit : ne voit pas de près les gros caractères.

Oedème rétinien péripapillaire avec nombreux exsudats blancs le long des vaisseaux qui paraissent normaux, très peu d'hémorragie. Décollement rétinien flottant inféro externe assez étendu. Champ visuel disparu dans l'étendue du décollement. Oeil gauche : voit de près les gros caractères. Oedème rétinien péripapillaire très marqué, mais moins étendu qu'à droite. La périphérie rétinienne est normale. Nombreux exsudats blancs sans hémorragie autour de la papille. Décollement flottant inféro externe beaucoup plus limité qu'à droite. Pupilles normales.

En raison de la tension artérielle très élevée, des troubles de défaillance cardiaque, des troubles oculaires très accusés et à évolution rapide M. le Prof. Couvelaire décide d'évacuer l'utérus et de stériliser la femme.

21 décembre : césarienne abdominale avec section des deux trompes faites par M. Portes. Extraction d'un fœtus macéré. Placenta 60 gr. ne présentant pas de lésions. L'intervention faite à l'anesthésie locale (novocaïne à 1/200 est bien supportée). Suites opératoires :

22 décembre : Tension artérielle 20/15. Pouls 116.

23 décembre : Tension artérielle 20/12, Pouls 108. Albuminurie 3 gr.

24 décembre : Tension artérielle 17/11, Pouls 108, Albuminurie 1 gr. Amélioration des troubles de la vue.

26 décembre : Tension artérielle 14/8, Albuminurie : traces.

Examen oculaire : Oeil droit champ visuel normal. L'Oedème rétinien et le décollement ont disparu, seulement il persiste quelques exsudats blancs et quelques lésions cicatricielles de choroïdite. Oeil gauche : Champ visuel normal. L'oedème et le décollement ont disparu. Il persiste des exsudats et un peu d'oedème papillaire.

Revue le 3 octobre 1929 : tension artérielle 25/15. Après saignée de 200 gr. 22 1/2-15.

La femme n'a pas été retrouvée en 1934.

Obs. XIX. — *Cinquième gestation 31 ans. 4 avortements, stigmates d'hérédosyphilis.*

T.A. 23-13. Albuminurie. Accouchement au 7^e mois. macéré, infarctus.

N^o 34. — *Année 1929.*

Mme Lec. Pauline, 31 ans, 5^e gestation.

Antécédents héréditaires :

Parents bien portants. Série d'avortements chez une sœur du père.

Antécédents personnels :

Troubles oculaires à 3 ans : baisse de l'acuité visuelle.

A travaillé dans le plomb de 14 à 21 ans. Pas de stigmates d'intoxication.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} gestation : 1924. Avortement de 5 mois 1/2. Aucun renseignement.

2^e gestation : 1925. On commence une série de muthanol. Avortement spontané de 2 mois 1/2.

3^e gestation : 1926 Une série de quinby. Avortement spontané de 5 mois 1/2.

4^e gestation : 1927. Une série de quinby. Avortement spontané de 5 mois 1/2.

Pendant toutes ces gestations aucune analyse d'urines n'a été faite. Elle aurait eu de l'œdème de la face et des mains.

5^e gestation : D.R. 2-9 juin 1928. Le 8 décembre 1929 elle est hospitalisée à la Clinique Baudelocque. Pas de renseignements sur les examens faits depuis le début de la gestation.

Hypertension : 23/10. Albuminurie : 4 gr. Bonne diurèse. Azotémie : 0,40. Oedème généralisé, surtout marqué au niveau de la face.

Stigmates d'hérédo-syphilis : strabisme convergent avec amblyopie. Choroïdite périphérique ancienne. Mauvaise dentition B.W. négatif.

Réagit bien au repos et au régime.

29 décembre : tension artérielle 12 1/2-6 1/2. Albumine 0 gr. 25. Bruits du cœur fœtal +

6 janvier 1929 : Bruit du cœur 0 Expulsion d'un fœtus mort et macéré : 700 gr. Placenta : 180 gr. Très nombreux infarctus.

N'a pas été retrouvée en 1934.

Obs. XX. — *Première gestation, 26 ans. Albuminurie depuis 6 ans. Albuminurie, œdèmes. Accouchement à terme, enfant vivant, 3970.*

N° 299. — Année 1929.

Mme Four..., Philomène, 26 ans, première gestation.

Antécédents héréditaires :

Père bien portant. Mère morte à 40 ans d'un cancer utérin. 6 collatéraux bien portants. Un décédé de pneumonie incidente

Antécédents personnels :

Aurait eu une phlébite bilatérale des membres inférieurs à 12 ans. Est restée alitée 3-4 mois. Angine à 23 ans.

Albuminurie depuis 1923 (20 ans) traitée par le régime lacté.

1^{re} gestation : D.R. 7-12 mai 1926.

Au début de la gestation congestion pulmonaire.

Le 28 janvier 1929 : entre à la Clinique Baudelocque. Oedème de la face et des extrémités surtout marqué au niveau des membres inférieurs. Albuminurie légère. Tension artérielle 12/9. Urée sanguine 0,45.

Le 7 février : accouchement normal. Fille vivante 3,970 gr. Placenta 600 gr. normal.

Suites de couches normales.

N'a pas été retrouvée en 1934.

Obs. XXI. — *Deuxième gestation. 23 ans. Première gestation. Avortement thérapeutique pour rétinite. 4^e mois : T.A. 23 1/2 - 8 1/2. Albuminurie. Azotémie 0,82. Avortement à 5 mois 1/2. Infarctus, persistance de l'albuminurie.*

N° 301. — *Année 1929.*

Mme Bros..., Gabrielle, 23 ans, deuxième gestation.

Antécédents héréditaires :

Rien à signaler.

Antécédents personnels :

Rougeole, coqueluche, kerato-conjonctivite dans l'enfance.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} gestation 1926 :

5^e mois : œdèmes généralisés volumineux. Albuminurie massive. Troubles oculaires : baisse marquée de l'acuité visuelle

*Aux Quinze Vingt*s on diagnostique une rétinite et on conseille l'avortement thérapeutique .

Avortement thérapeutique à l'hôpital de Dourdan. Albumine diminue sans disparaître. Les œdèmes disparaissent entièrement. La vue est très améliorée et permet un travail normal.

2^e gestation : D.R. 10-15 août 1928.

Pas de troubles fonctionnels pendant les premiers mois de la gestation.

Le 14 décembre 1928 : hospitalisée à la Clinique Baudelocque
Tension artérielle 23 1/2 - 8 1/2, tombée à 14/7 après deux saignées, de 100 et 150 gr. Pas d'œdème. Diurèse 1 à 2 litres. Albuminurie 4 gr. à l'entrée. Sous l'influence du régime tombe à 1 gr. environ. Urée sanguine 0,82.

Examen oculaire : séquelles de lésions anciennes ; pas de lésions actuellement en évolution. Atrophie optique bilatérale. Kerato-conjonctivite de l'enfance se traduisant par un leucome adhérent de l'œil droit.

Conclusion : pas de lésions en évolution, pas de signes de syphilis héréditaire ou acquise, l'atrophie post-névritique semble liée à l'azotémie.

B.W. négatif.

Le 19 décembre : tension artérielle 18/7.

Du 20-25 décembre : tension artérielle 15/6.

25 janvier 1929 : le volume de l'utérus ne répondant pas à l'âge de la gestation on pense à une rétention fœtale.

2 février : tension artérielle 19/13, céphalée, troubles de la vue. Saignée 250 gr.

8 février : expulsion d'un fœtus pesant 280 gr. Placenta 180 gr. farci d'infarctus anciens ne laissant que de très faibles intervalles de tissu placentaire normal. Suites de couches : tension artérielle 15/10. Albuminurie augmentée et oscille entre 1 et 3 gr. Les troubles oculaires persistent. Urée sanguine 0,70.

N'a pas été retrouvée en 1934

Obs. XXII. — *Quatrième gestation. 28 ans. Un avortement. Deux accouchements prématurés à 6 mois avec hypertension. Albuminurie. Bérédo-syphilis. T.A. 20-11 1/2. Albuminurie. Accouchement prématuré à 8 mois. Macéré. Infractus. Actuellement rien d'anormal.*

N° 836 — Année 1929

Mme Mai..., Jeanne, 28 ans, quatrième gestation.

Antécédents héréditaires :

Père mort à 29 ans (grippe). Mère morte à 51 ans (P.G.)
Quatre collatéraux bien portants. Un mort à 10 jours.

Antécédents personnels :

Réglée à 13 ans régulièrement. Appendicite chronique ayant débuté à 17 ans. Hémiplégie droite transitoire à début progressif durant trois semaines à 25 ans. Albuminurie à ce moment-là.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} gestation : 1922, avortement de 6 semaines.

2^e gestation : 1923. Albuminurie. Accouchement au 6^e mois d'un fœtus macéré.

3^e gestation : 1924.

Au 6^e mois (clinique Baudelocque) : Troubles de la vue (œdème rétinien surtout péri-papillaire sans exsudat ni hémorragie. Albuminurie, 12 gr. Hypertension, 24 1/2-16 1/2. Azotémie, 0,60. Oedème de la face et des mains. B.W. négatif.

Accouchement prématuré au 6^e mois. Fœtus mort-né.

Infarctus placentaire. Amélioration après l'accouchement. Débâcle urinaire. Tension artérielle 17-10 1/2. Disparition des troubles de la vue.

Depuis cette gestation a eu par périodes des poussées d'albuminurie (0,50) avec œdème de la face et des mains.

4^e gestation : 1928.

Au 4^e mois, malgré un B.W. négatif, traitement spécifique. (5 gr. 50 d'arsenic). On constate une légère albuminurie.

Au 7^e mois, hospitalisée à Baudelocque, Tension artérielle 20-11 1/2. Léger œdème de la face et des mains. Albuminurie 3 gr. 50. Azotémie 0 gr. 26. Examen oculaire normal.

Mort du fœtus au 7^e mois qui entraîne une amélioration des symptômes, diurèse abondante, le poids diminue de 7 kg. tension artérielle 18-9 1/2. Disparition de l'albumine.

Expulsion d'un fœtus macéré : 1.180 gr. Placenta présentant quelques petits infarctus blanchâtres. 3 jours après l'accouchement : tension artérielle 17/9. Urée sanguine 0,35. Albumine 0.

Femme revue le 31 janvier 1934. Pas de nouvelle gestation. Bon état général. Tension artérielle 13/8. Albumine 0. Pas de cylindres dans les urines. Azotémie 0,36. Un examen oculaire a montré un fond d'œil normal.

Obs. XXIII. — *Quinzième gestation, 42 ans. Pyélonéphrite. 4^e mois T.A. 23-17 1/2, rétinite. Césarienne avec stérilisation au 7^e mois, enfant vivant 2080. Infarctus*
Actuellement phénol : 10 %.

N° 1.218. — Année 1929.

Mme Fab..., Alphonsine, 42 ans. quinzième gestation.
Antécédents héréditaires :

Père décédé à 65 ans d'une affection pulmonaire aiguë. Mère décédée à 28 ans d'une embolie à la suite d'une phlébite dans les suites de couches. Une sœur décédée à 18 ans d'une affection pulmonaire aiguë. Une sœur décédée à 35 ans d'une tumeur cérébrale. 4 collatéraux bien portants.

Antécédents personnels :

Angines fréquentes jusqu'à 20 ans. Appendicectomie et hystéropexie à 18 ans. Pneumopathie aiguë à 28 ans. A la suite de cette affection pulmonaire température oscillante

pendant 2 mois ; urines purulentes, peu abondantes ; on aurait posé le diagnostic d'abcès du rein droit à l'hôpital de la Croix-Rouge à Lyon et fait une néphrotomie.

Rhumatisme articulaires aigus à 41 ans. Au cours de cette crise de rhumatismes on a constaté la présence de pus et de colibacilles dans les urines et la malade a été hospitalisée à l'hôpital Necker dans le service du Professeur Legueu pendant un mois pour pyélonéphrite.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} gestation : 1907. Accouchement normal à terme garçon 2.500 gr. bien portant.

2^e gestation : 1908. Accouchement normal à terme garçon 5.000 gr. décédé à 17 mois de broncho-pneumonie.

3^e gestation : 1909. Accouchement à terme, application de forceps fille de 6.000 gr. bien portante.

4^e gestation : 1911. Accouchement normal à terme garçon 3.500 gr. mort à 8 mois présentant des convulsions.

5^e gestation : 1913. Accouchement normal à terme fille 4.000 gr. morte à 3 ans présentant des convulsions.

6^e gestation : 1914. Accouchement normal à terme garçon 4.250 gr. bien portant.

7^e gestation : 1915. Gestation gémellaire. Accouchement prématuré à 6 mois 1/2 de 2 enfants de même sexe mort-nés.

8^e gestation : 1918. Accouchement à terme garçon 5.020 gr bien portant.

9^e gestation : 1920. Accouchement normal à terme fille 2.750 gr. bien portante.

10^e gestation : 1921. Avortement de 2 mois 1/2 suivi de curetage.

11^e gestation : 1922. Accouchement normal à terme garçon 2.450 gr. décédé à 17 mois présentant des convulsions

12^e gestation : 1923. Accouchement normal à terme garçon 5.000 gr. bien portant.

13^e gestation : 1925. Avortement de 4 mois 1/2. Curetage.

14^e gestation : 1926. Accouchement normal à terme garçon 3.750 gr. décédé à 17 mois de broncho-pneumonie.

On n'a jamais constaté d'albuminurie au cours de ces 14 gestations.

15^e gestation : D.R. 15-18 octobre 1928. Suivie régulièrement pendant les 4 premiers mois à la consultation de la Clinique Baudelocque on ne constate rien d'anormal.

Mars 1929 : 4^e mois, apparaissent de la céphalée surtout

nocturne provoquant des insomnies, de la pollakiurie nocturne.

Avril 1929 : apparaissent des troubles de la vue qui vont en s'accroissant progressivement.

28 avril : Apparaît une paralysie faciale droite qui s'améliore rapidement sous l'influence d'un traitement électrique.

17 mai : Crise de dyspnée nocturne intense s'accompagnant d'une expectoration abondante, mousseuse, rosée. Ces crises se répètent les nuits suivantes et amènent la malade à consulter.

28 mai : Hospitalisation à la Clinique Baudelocque. On constate : Séquelles de paralysie faciale périphérique, œdème très léger au niveau des membres inférieurs. Oligurie 0,500. Albuminurie 1 gr. 50. Tension artérielle 23-17 1/2. Urée sanguine 0,35.

Examen oculaire : Rétinite bilatérale avec léger œdème de la papille, et exsudats blancs péripapillaires.

B.W. négatif.

Examen obstétrical : Hauteur utérine 24. Présentation du siège. Bruit du cœur perçus.

29 mai : Saignée de 700 gr. qui ramène la tension à 20/17.

30 mai : *Examen oculaire* : Même état du fond d'œil. Il existe seulement en plus quelques hémorragies punctiformes du pôle postérieur de la rétine non observées antérieurement.

En raison de l'hypertension et surtout de la rétinite M. le Professeur Couvelaire pose l'indication d'interruption de la gestation par voie abdominale suivie de stérilisation.

2 juin : Césarienne corporéale avec anesthésie locale (Novocaïne 1/200) suivie de section des trompes faites par M. Portes.

Extraction d'un garçon vivant pesant 2,080 gr. Placenta 450 gr. un seul infarctus ancien du volume d'un gros pois.

Immédiatement après l'intervention crise de dyspnée avec râles sous crépitants au tiers inférieur des deux poumons. Tension artérielle 16-14 1/2.

3 juin : Nouvelle crise de dyspnée à type d'œdème aigu. Tension artérielle 17 1/2-15. Pouls irrégulier à 100 présentant des extra systoles. Gros ventricule gauche, pas de bruit de galop. Une saignée de 300 gr. améliore la dyspnée.

Examen oculaire : l'œdème des papilles est moins marqué à droite et à gauche. Même état du fond d'œil au point de vue des exsudats et des hémorragies.

Les jours suivants l'état de la malade s'améliore L'albumine disparaît au bout de 7 jours. La diurèse augmente (1 litre

1/2 environ. L'urée sanguine augmente légèrement 2 jours après l'opération : 0,75. On n'a pas fait de nouvel examen. La tension artérielle reste élevée : 18-13.

Elle a été opérée le 17 décembre 1933 pour une ptose rénale. droite. Pyélonéphrite droite, urée sanguine 0,31. Phénolsulfonephtaléine 8 % pour les urines totales, 10 % pour les urines séparées, cellules épithéliales dans les urines. Pas d'albumine. Pas de renseignements sur la T.A. Symptômes de défaillance cardiaque après l'intervention.

Obs. XXIV. — *Troisième gestation, 35 ans. Deuxième gestation, hypertension. Albuminurie. Accouchement à terme, mort-né. Dès le début TA. 20-12. Azotémie 0,70. Albuminurie. Accouchement prématuré à 7 mois 1/2, enfant vivant 1960 infarctus. Amélioration. mort 2 ans après.*

N° 1321. — *Anné 1929.*

Mme Cos..., Irma, 36 ans. 3^e gestation.

Antécédents héréditaires :

Père décédé à 56 ans de cardiopathie. Mère décédée au cours de son 7^e accouchement. 5 collatéraux bien portants. Un décédé à 8 mois de rougeole.

Antécédents personnels :

Rougeole dans l'enfance.

Antécédents obstétricaux.

1^{re} *gestation* : 1925. Avortement de 3 mois. Curettage,

2^e *gestation* : 1925. 6^e mois, tension artérielle 24 mx. Albuminurie 4 gr. Métorrhagie pendant les 3 derniers mois. Accouchement à terme d'un enfant mort-né. Suites de couches hospitalisée 2 mois à la Pitié pour albuminurie. Tension artérielle inconnue. Sort de l'hôpital albuminurique. Examen répété tous les mois : albuminurie 0,35

3^e *gestation* : D.R. 25-28 septembre 1928. Albuminurie constatée dès le début : 0,35 à 1 gr.. Hypertension 21 mx au 5^e mois.

29 mai 1929 : hospitalisée à Baudelocque. Tension artérielle 20/12. Clangor du 2^e bruit à la base. Urée sanguine, 0,92 Albuminurie 2 gr. Urines peu abondantes, 1/2 litre. Pas d'œdème. B.W. négatif. Examen oculaire normal.

Le 14 juin 1929 : accouchement prématuré à 7 mois 1/2.
Fille vivante 1.960 gr. placenta 510 gr. Nombreux infarctus
Suites de couches, poussée d'hypertension.

18 juin : 22-17 1/2, puis baisse de la tension artérielle :

24 juin : 14 1/2 -10. Albuminurie diminue, 0,25 à la sortie.
Diurèse abondante, 2-3 litres par 24 h. Examen oculaire le
18 juin : léger œdème de la papille, surtout à gauche.

Décédée, 16 janvier 1931. Albuminurie trouble de la vue
enfant vivant actuellement.

Obs. XXV. — *Septième gestation, 39 ans. Syphilis,
5^e mois : Albuminurie, œdèmes. Azotémie 0,70. Accouche-
ment prématuré à 7 mois 1/2, macéré. Infarctus. Persis-
tance de l'albuminurie.*

N° 1347. — Année 1929.

Mme Kel..., Marie, 39 ans. 7^e gestation.

Antécédents héréditaires :

Père bien portant. Mère morte à 39 ans ? 9 collatéraux bien
portants. Un mort en bas âge.

Antécédents personnels :

Pleurite droite en 1916.

Antécédents obstétricaux.

Les 4 premières gestations sont du même procréateur, qui
est bien portant.

1^{re} gestation : 1911. Accouchement normal à terme. Enfant
mort à 3 semaines.

2^e gestation : 1912. Accouchement normal à terme. Fille
3,500 gr. bien portante.

3^o gestation : 1916. Accouchement normal à terme. Garçon
bien portant.

4^e gestation : 1916. Avortement de 3 mois. Curettage.

D'un deuxième procréateur bien portant.

5^e gestation : 1930. Accouchement normal à terme. Enfant
mort à 4 mois de gastro-entérite.

D'un 3^o procréateur :

6^e gestation : 1927. Avortement de 2 mois.

Pendant cette gestation n'a jamais eu d'albuminurie.

7^e gestation : D.R. 12-16 octobre 1928. Fatigue et douleurs
lombaires dès le début de la gestation, pas d'examen rénal.

Le 15 mars 1929 : tension artérielle 14 1/2-9. Petits signes de brightisme. Albuminurie.

En mai 1929 : apparition brusque d'œdème généralisé. Hospitalisation à Baudelocque. L'œdème cède rapidement au repos et à la diète hydrique ; persiste léger au niveau des membres inférieurs. Diurèse abondante. Albuminurie de 1-3 gr. Tension artérielle 14-9. Urée sanguine : 29 mai 0,70 ; 9 juin : 0,52.

Signes de syphilis. Pupilles inégales réagissant mal à la lumière. Réflexes tendineux faibles. Hecht 3/4 positif. Traitement : cyanure de mercure 1 cc. tous les 2 jours à partir du 1^{er} juin.

Le 14 juin : bruits du cœur non perçus.

Le 16 juin : accouchement prématuré à 7 mois 1/2. Fille macérée, 1.700 gr. Placenta 400 gr. Infarctus anciens et récents.

Suites de couches : persistance albuminurie 3 gr. le 28 juin Pas de dosage d'urée. Tension artérielle 15/100.

N'a pas été retrouvée en 1934.

Obs. XXVI. — *Troisième gestation, 35 ans. Néphrectomie pour abcès du rein gauche. Deuxième gestation : hypertension. Macéré. Troisième mois. T.A. 27-15. Albuminurie. Césarienne au 6^e mois, fœtus mort. Mort 5 jours après.*

N^o 1775. — Année 1929.

Mme Gau..., Jeanne, 35 ans, troisième gestation.

Antécédents héréditaires :

Père décédé à 70 ans emphysémateux. Mère décédée à 47 ans Tuberculose ? 11 collatéraux : 4 vivants, 5 décédés en bas âge, 1 décédé de tuberculose pulmonaire, 1 décédé à 16 ans, paralysie ?

Antécédents personnels :

A 16 ans appendicectomie à l'Hôpital Cochin. A 26 ans (1920) néphrectomie gauche pour abcès multiples du rein.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} gestation : 1921. Avortement de 3 mois Pas d'albuminurie.

2^e gestation : 1922. Au 4^e mois pyélite droite avec pus et

celibacilles dans les urines pour laquelle elle est hospitalisée pendant 3 jours à Baudelocque.

11 octobre : Au 8^e mois, hospitalisée à Baudelocque pour dyspnée intense et douleurs épigastriques. Tension artérielle 27/17. Albuminurie massive. Saignée de 900 gr. qui améliore l'état de la malade. Tension artérielle 17/15.

12 octobre : Troubles visuels, œdème de la face. Tension artérielle 25/15. Saignée 700 gr.

14 octobre : Crise de dyspnée, céphalée, Saignée 600 gr.

15 octobre : Amélioration. Diurèse 1 litre. Albumine : traces. Tension artérielle 20/12.

15 octobre : Accouchement normal. Fœtus macéré 1.400 gr. Placenta : 2 infarctus.

Suites de couches : diurèse augmente. Albumine 0. Tension artérielle 20/13. Urée du sang 0,43. Chlore sanguin 3 gr.62 Chlorure (évaluée en NaCl) 5 gr. 96.

3^e *gestation* : D.R. 21-23 février 1929. Bon état général dans l'intervalle des gestations. Pas d'examen médical. Pas d'examen pendant les 3 premiers mois de la gestation.

Au 3^e mois dyspnée, gros cœur diagnostiqué dans le Service du Professeur Vaquez. Albuminurie 1 à 2 gr. Traitement : pas de régime ; repos ouabaine et théobromine. Aucune amélioration.

Au 6^e mois, le 4 août 1929, apparition brutale d'une douleur épigastrique très vive accompagnée de dyspnée. Hospitalisée à la Clinique Baudelocque. Tension artérielle 27/15. Albumine en grande quantité. Oedème de la face. Bruits du cœur non perçus. Saignée 500 gr. Amélioration, mais tension artérielle élevée 26-14.

Les jours suivants amélioration, mais tension artérielle 17-14. Albuminurie 0,25. Urée sanguine 0,30.

Le 8 août : nouvelle crise douloureuse et dyspnéïque. Saignée 500 gr. qui entraîne une amélioration.

Examen oculaire : lésions anciennes d'hémorragie rétinien-nes. Papilles décolorées. Zones de repigmentation périphérique.

Le 10 août : Nouvelle crise. Tension artérielle 29/17, Saignée 900 gr.

Malgré l'absence d'urée sanguine et l'absence de lésions oculaires actuelles, M. Portes décide d'interrompre la gestation en raison de l'hypertension et des phénomènes dyspnéïques se produisant par crises répétées depuis 4 jours.

Le 10 août : césarienne corporéale sous anesthésie locale. Foetus mort récemment. Placenta d'aspect lavé sans infarctus.

Suites opératoires : décédée le 5^e jour après l'opération de péritonite.

Obs. XXVII. — *Troisième gestation, 20 ans. Albuminurie et œdèmes aux deux gestations antérieures. 7^e mois : Albuminurie et œdèmes, accouchement au 7^e mois. mort-né. Hématome rétro-placentaire. Disparition des troubles.*

N^o 2375. — Année 1929.

Mme En..., Andrée. 20 ans, troisième gestation.

Antécédents héréditaires :

Rien à signaler.

Antécédents personnels :

Rougeole, coqueluche.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} gestation : 1927. Albuminurie 5 gr. au 6^e mois. Oedème important des membres inférieurs. Accouchement prématuré au 7^e mois. Enfant macéré, l'albumine et les œdèmes disparaissent après accouchement.

2^e gestation 1928. Les examens d'urines répétés n'ont pas montré d'albumine pendant les 7 premiers mois. Au 8^e mois albuminurie cédant au régime, puis reparaissant (1 gr. — 0,50 gr) sous l'influence d'écarts de régime. Oedème généralisé, petits signes de brightisme. Tension artérielle (27 décembre 13/7 8 janvier 15/8.)

9 janvier 1929 : Accouchement prématuré au 8^e mois. Garçon vivant 1,740 gr. Placenta 350 gr. un infarctus ancien assez étendu.

Suites de couches : l'albuminurie diminue, mais persiste à l'état de traces. Tension artérielle 14-9. Urée 0,28. Constante K 0,12.

3^e gestation : D.R. 21-25 mars 1929. Les urines ne sont pas examinées jusqu'au 7^e mois de la gestation.

27 octobre 1929 : albuminurie.

3 novembre : hospitalisée à la Clinique Baudelocque, pour hémorragie assez abondante.

Examen obstétrical : Utérus tendu et dur, dilatation 1 franc, membranes intactes, bruits du cœur non perçus.

Examen général : œdème peu marqué au niveau de la face et des membres inférieurs. Albuminurie 1 gr. 50. Urée sanguine 0,35. Tension artérielle 13 1/2-9.

3 novembre : une heure après son entrée accouchement spontané, garçon mort-né 1.200 gr. Placenta 250 gr. 2 cupules de la dimension d'une pièce de 5 francs, avec un caillot adhérent pesant 75 gr. 3 infarctus anciens, plusieurs petits infarctus récents. Suites de couches : tension artérielle 15/10. L'albumine disparaît dès le 3^e jour. Urée sanguine 0,35.

N'a pas été retrouvée en 1934.

Obs. XXVIII. — *Première gestation 20 ans. Néphrite aiguë. Albuminurie. Accouchement prématuré à 7 mois 1/2. Enfant vivant 1690.*

N^o 129. — Année 1930.

Mme Gui..., Camille, 20 ans, première gestation.

Antécédents héréditaires :

Rien à signaler.

Antécédents personnels :

Néphrite aiguë à 15 ans. Angine suivie d'anasarque. Albuminurie. Elle aurait conservé cette albuminurie pendant un an, puis les urines redeviennent normales.

1^{re} gestation : D.R. 25 mai 1929.

Au 5^e mois : menace d'avortement. Aurait eu des traces d'albumine pendant la gestation.

19 janvier 1930 : Accouchement prématuré à 7 mois 1/2 garçon vivant 1.690 gr. Placenta 300 gr. Pas d'albuminurie pendant le travail ni pendant les suites de couches. Tension artérielle 13/8. Urée sanguine 0,20. K. 0,05.

Vivante actuellement. Pas d'examen rénal.

Obs. XXIX. — *Huitième gestation, 38 ans. 6 prématurés. 3 morts-nés. T.A. 22-16. Azotémie 1,05. Albuminurie. Accouchement prématuré à 6 mois. Macéré, infarctus. Persistance de l'hypertension.*

N° 134. — Année 1930.

Mme Mon..., Germaine. 38 ans, huitième gestation.

Antécédents héréditaires :

Père 51 ans bien portant. Mère morte à 32 ans de méningite 1 collatéral vivant ; un tué à la guerre ; 1 décédé à 34 ans ?

Antécédents personnels :

Rougeole, Coqueluche. Céphalée fréquente.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} gestation : 1916. Accouchement normal à terme garçon 3.500 bien portant.

2^e gestation : 1918. Accouchement à terme fille 2.000 gr. mort-née.

3^e gestation : 1920. Accouchement prématuré au 7^e mois fille 2.000 gr. bien portante.

4^e gestation : 1922. Hémorragie au 7^e mois. Accouchement à terme garçon 2.250 gr. mort-né.

5^e gestation : 1924. Fille 2.000 gr. décédée à 2 mois de broncho-pneumonie.

6^e gestation : 1927. Accouchement normal fille 2.500 gr. bien portante.

7^e gestation : 1928. Accouchement prématuré au 7^e mois enfant mort-né. Albuminurie et hypertension constatées au cours du travail à l'hôpital Saint-Antoine. La femme ne s'était pas fait examiner au cours de la gestation.

8^e gestation : D.R. 21-25 juin 1929.

Gestation bien supportée pendant les 6 premiers mois. Pas d'examen médical.

17 janvier 1930 : Deux faits attirent l'attention de la malade

1° Les mictions sont douloureuses et les urines sont sanglantes ; 2° des troubles de la vue apparaissent plus marqués du côté droit ; ils consistent en diminution de l'acuité visuelle.

18 janvier : Les mouvements du fœtus ne sont plus perçus. Un médecin consulté trouve de l'albumine dans les urines et envoie la malade à la Clinique Baudelocque.

20 janvier : hospitalisation à Baudelocque. Tension artérielle 22/16. Céphalée. Albuminurie 6 gr. Pas d'œdème. urée sanguine 1 gr. 05. Diurèse 1 litre environ. Hématies nombreuses dans les urines.

Examen oculaire : fond d'œil : légère papillite avec œdème rétinien, péripapillaire et maculaire. Pas d'hémorragie, ni d'exsudat. Les lésions sont plus accentuées au niveau de l'œil droit.

Examen obstétrical : H.U. 16. Bruits du cœur perçus. Pas de montée laiteuse.

21 janvier : Expulsion d'un fœtus pesant 550 gr. Placenta 140 gr. Quelques infarctus anciens et semi-récents du volume d'un pois à celui d'une petite noisette et un caillot adhérent du diamètre de celui d'une pièce de 2 francs environ. Tension artérielle après l'accouchement 19-14 1/2.

Suites de couches : l'albuminurie diminue progressivement et disparaît au 6^e jour. La diurèse augmente légèrement (1 litre 1/2). La tension reste élevée, 30 janvier, 19-14.

31 janvier : Urée sanguine 0,35, Constante K. 0,11. 6 mars : Urée sanguine 0,50, Constante K. 0,11.

26 janvier : *Examen oculaire* : grosse amélioration depuis le dernier examen ; l'œdème rétinien a disparu ; les papilles sont normales : hémorragies et exsudats au niveau du pôle postérieur de l'œil des deux côtés assez discret.

30 janvier : Les papilles ont un aspect normal ; il n'y a plus d'œdème ; on constate comme au dernier examen des exsudats blanc le long des vaisseaux et au pourtour de la papille ; il existe en outre de rares hémorragies ponctiformes.

La femme n'a pas été retrouvée en 1934.

Obs. XXX. — *Cinquième gestation 34 ans. Néphrite de la scarlatine. Pas d'accident. Accouchement à terme. Enfant vivant 3300. Actuellement T.A. 19-12.*

N^o 215. — *Année 1930.*

Mme Gem. Lazarette. 34 ans. 5^e gestation.

Antécédents héréditaires :

Rien à signaler.

Antécédents personnels :

Rougeole, Coqueluche. A 20 ans scarlatine compliquée de néphrite avec hématurie et albuminurie. Depuis, l'albuminurie a souvent reparu à l'occasion d'angines de grippe ou au cours des gestations.

Février 1929 : poussée de néphrite au cours de laquelle sont apparus des troubles de la vue.

Tension artérielle en 1922 : 15-10. En 1929 : 17-10.

Œdème apparaissant parfois au moment des règles.

Antécédents obstétricaux :

1^{er} gestation : 1918. Albuminurie pendant toute la gestation. Accouchement normal à 8 mois 1/2 fille 2.500 gr. bien portante.

2^e gestation : 1919. Albuminurie pendant les 6 derniers mois. Accouchement normal à terme garçon 4.250 gr. décédé à 18 mois de diphtérie.

3^e gestation : 1925. Albuminurie pendant les 3 derniers mois. Accouchement normal à terme fille 4.500 gr. bien portante.

4^e gestation : 1926. Albuminurie le dernier mois. Garçon 2.350 gr. bien portant.

5^e gestation : D.R. 26 avril 1929.

Octobre 1929 : (examen fait à la Clinique Baudeloque) albumine 0. Tension artérielle 13 1/2 - 8 1/2. Urée sanguine : 0,20

Examen oculaire : fond d'œil normal.

Régulièrement suivie depuis octobre elle reste au régime lacto-végétarien déchloruré. Elle se plaint de quelques troubles : mouches volantes, engourdissement des extrémités. Oedème léger disparaissant au repos.

1^{er} février 1930 : Accouchement normal à terme garçon 3.300 gr. Placenta 850 gr. Quelques gros caillots rétro-placentaires.

Suites de couches normales. Albumine 0. Tension artérielle 13/7. Pas d'œdème. Pas de céphalée. Pas de troubles de la vue.

Vivant actuellement, mais n'a pu être examinée.

En juillet 1933, tension artérielle 19/12. Céphalée Albumine 0.

Obs. XXXI. — Troisième gestation : 27 ans. Deuxième gestation. Eclampsie dès le début : T.A. 23 1/2-16 1/2 Albuminurie. Rétinite. Accouchement prématuré à 6 mois. Macéré. Infarctus. Mort 2 ans après.

N° 47. — Année 1932.

Mme Bran..., Marcelle 27 ans, troisième gestation.

Antécédents héréditaires :

Père mort à la guerre. Mère bien portante. 2 collatéraux bien portants. 5 collatéraux décédés en bas âge.

Antécédents personnels :

Rougeole, coqueluche, appendicectomie à 9 ans.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} gestation : 1922. Accouchement normal à terme. Garçon 2.750 gr. décédé à 11 mois. Pas d'albumine.

2^e gestation : 1927. Eclampsie au 7^e mois. Albuminurie 14 gr. Pas de renseignements sur la tension artérielle.

Accouchement prématuré provoqué à l'Hôpital Saint Denis.

3 jours après son accouchement œdème très marqué de la face et des extrémités. Persistance de l'albuminurie pendant 8 mois. Céphalées fréquentes. Tension artérielle par prise.

3^e gestation : D.R. 28 juin au 1^{er} juillet 1930. Suivie dès le 2^e mois. Tension artérielle 21-15. Pas d'albuminurie. Régime lacto végétarien déchloruré.

Au 5^e mois, le 15 décembre 1930 hospitalisée à la Clinique Bandelocque pour céphalées et troubles de la vue. Tension artérielle 23 1/2- 16 1/2. Pas d'œdème. Albuminurie 7 g. Urée sanguine 0,50. Mauvaise diurèse : 1/2 litre. Pas de cylindres, ni d'hématies. Glycosurie : 3 gr. 9. Acétonurie : 0 gr 39. Pas de pigments biliaires, ni d'urobiline.

Examen oculaire : acuité visuelle réduite ; pupilles normales ; rétinite exsudative (foyer d'œdème rétinien). Rétinite bilatérale type albuminurique. Dans tous le pôle postérieur œdème. Foyers multiples et étendus œdémateux, surtout déposés le long des veines. Quelques foyers hémorragiques discrets dans les gaines veineuses. Tension vasculaire rétinienne, hypertension artérielle forte 16-10 1/2, hypertension veineuse forte 2.

Le 16 décembre : saignée 500 gr. Après la saignée tension 15/11.

Bruits du cœur non perçus.

Le 18 décembre : amélioration marquée après la mort du fœtus. Diurèse 1.500. Albuminurie 0,50. Tension artérielle 17 1/2-12 1/2. Urée sanguine 0,65. Constante K. 0,16.

Le 1^{er} janvier 1931 : la femme quitte la clinique tension artérielle 14/10. Diurèse 2 litres. Albumine 0.

Ni céphalée, ni troubles de la vue.

Le 5 janvier : expulsion d'un fœtus macéré 310 gr. Placenta presque entièrement détruit par les infarctus. Suites de couches urée sanguine 0,22. Tension artérielle 16/11. Albumine 0.

Décédée d'hémorragie cérébrale le 15 septembre 1933. La tension artérielle était remontée, la mx aurait été constamment aux environs de 22,23.

Obs. XXXII. — *Sixième gestation, 38 ans. 4 morts-nés. 4^e mois, œdèmes. Albuminurie. Accouchement au 8^e mois. Macéré. Infarctus. Persistance de l'albuminurie pendant 2 ans.*

N° 1159. — *Année 1931.*

Mme Hir..., Madeleine, 38 ans. sixième gestation.

Antécédents héréditaires :

Rien à signaler.

Antécédents personnels :

Rougeole.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} gestation : 1921. Accouchement prématuré au 8^e mois. Foetus macéré. Pas d'albuminurie.

2^e gestation : 1913. Accouchement à terme. Enfant 4.500gr bien portant actuellement. Pas d'albuminurie.

3^e gestation : 1922. Accouchement prématuré à 8 mois 1/2 mort-né. Albuminurie. œdème.

4^e gestation : 1927. Accouchement à terme mort-né.

5^e gestation : 1928. Accouchement à terme mort-né.

6^e gestation : D.R. 30 août au 4 septembre 1930. Pas d'examen avant le 6^e mois.

Le 18 avril 1931 : hospitalisée à la Clinique Baudelocque. Oedème des membres inférieurs, apparus dès le 4^e mois.

Albuminurie 2-3 gr. ne cédant pas au régime. Mauvaise diurèse. Tension artérielle 14 1/2-9. Urée sanguine le 28 avril 0,41, le 6 mai 0,22.

Constante K. 0,14.

Examen oculaire : pas de lésions du fond de l'œil ; pression veineuse : œil droit 30, œil gauche 35. Tension artérielle, rétinienne œil droit minima 70, œil gauche minima 65 ; maxima dépasse les limites de l'appareil. B.W. négatif.

Radioscopie cardioaortique ; cœur d'aspect normal, aorte dont l'opacité n'est pas augmentée et le diamètre pas élargi.

Le 12 mai : accouchement au 8^e mois. Foetus macéré. Placenta 200 gr. Infarctus anciens et récents.

Suites de couches : augmentation de la diurèse ; persistance de l'albuminurie (0,50 à 0,75). Tension artérielle 13/10. Disparition des œdèmes. Urée sanguine 0,40.

Revue en janvier 1934 : a fait analyser régulièrement ses

urines ; l'albuminurie a persisté de 1-2 gr. pendant 2 ans ; depuis elle a disparu complètement. Actuellement bon état général. Tension artérielle 11 1/2 - 6 1/2. Urée sanguine 0,45 Constante K, 0,14. Albumine 0.

Obs. XXXIII. — *Quatrième gestation, 35 ans. Hypertension antérieure, T.A. 25-14. Albuminurie. Accouchement au 7^e mois. Macéré. Infarctus. Actuellement : hypertendue.*

N° 2872. — Année 1931.

Mme Die..., Augusta, 35 ans, quatrième gestation.

Antécédents héréditaires :

Père décédé à 53 ans, bronchite chronique. Mère décédée à 56 ans, cancer de l'estomac.

Antécédents personnels :

En 1918 douleurs lombaires et pyurie, régime végétarien.

Obésité et troubles endocriniens après la 2^e gestation.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} gestation : 1919. Avortement de 2 mois 1/2.

2^e gestation : 1920. Accouchement normal à terme. Fille 2.480 décédée à 9 mois de broncho-pneumonie. Légère albuminurie au 5^e mois de la gestation qui cède au régime.

Après cette gestation le poids de la femme augmente de 40 kilos. Les règles, jusque-là abondantes et régulières, deviennent irrégulières et très peu abondantes.

3^e gestation : 1922. Accouchement normal à terme. Garçon 3.780.

En 1926 consultant pour une hémorragie utérine on aurait trouvé un utérus fibromateux, une tension artérielle élevée avec 26 mx. Pas de troubles fonctionnels.

4^e gestation : D.R. 20-23 avril 1931. Bien supportée pendant les 6 premiers mois. Depuis le 5 novembre, barre épigastrique.

Le 13 novembre 1931 : albumine. Hypertension 25-14.

Le 20 novembre : disparition des bruits du cœur. Hypertension 21-13 1/2. Hypertrophie cardiaque légère. Albuminurie 0,50. Urée sanguine 0,37.

Examen oculaire : fond d'œil normal, tension artérielle rétinienne 45/139 : légère hypertension.

Le 26 novembre : tension artérielle 18-12. Albuminurie : traces. Diurèse 1 litre à 1 1/2 litre.

Le 2 décembre : accouchement au 7^e mois. Fœtus 880 gr. Macération avancée. Placenta 280 gr. Infarctus ancien à la coupe.

Suites de couches : la tension artérielle baisse progressivement : le 8 décembre 13-9 1/2.

Femme revenue en février 1934. Bon état général, pas de nouvelles gestations depuis. Tension artérielle 17-11. Albumine 0, urée 0,37.

Obs. XXXIV. — *Première gestation, 29 ans. Néphrite de la scarlatine. Albuminurie. Accouchement à terme. Enfant vivant 3090.*

N° 374. — Année 1932.

Mme Bil..., Odette. 29 ans, première gestation.

Antécédents héréditaires :

Père 65 ans hépatique. Mère 66 ans hémiplegie droite depuis 11 ans. Un collatéral bien portant.

Antécédents personnels :

Scarlatine à 8 ans, compliquée de rhumatismes de l'albuminurie (1911). Depuis cette époque dyspnée d'effort. Néphrite aiguë en 1913. Albuminurie, œdème généralisé. On institue un régime lacto-végétarien déchloruré. Pendant 3 ans, dès que la malade cesse le régime, les œdèmes reparaissent.

En 1915 apparition des premières règles. A ce moment œdèmes et albuminurie disparaissent et la malade peut reprendre un régime normal. Les urines n'ont plus jamais été examinées par la suite. En 1929, au cours d'un examen médical on constate un rétrécissement mitral.

En 1931 ictère sans fièvre pendant un mois. Au début de son ictère crises convulsives avec perte de connaissance et morsures de la langue.

1^{re} gestation : D.R. 10 avril 1931.

Quelques vomissements pendant le 1^{er} mois.

Septembre 1931 : 4 crises convulsives en 24 heures.

Un examen d'urines aurait montré une légère albuminurie

8 février 1932 : Accouchement normal à terme à la Clinique Baudelocque garçon 3.090 gr. Placenta 500 gr. normal.

15 février : 2 crises convulsives avec perte de connaissance, morsure de la langue, pas de miction spontanée. L'examen neurologique ne montre rien d'anormal. B.W. négatif. Pupilles normales réagissant bien à la lumière. L'auscultation du cœur montre l'existence d'un rétrécissement mitral.

Tension artérielle 10 1/2 - 5 1/2. Urée sanguine 0,32. K. 0,037.

Obs. XXXV. — *Troisième gestation, 39 ans. 7^e mois : TA 21-11 1/2. Cylindres. Albuminurie. Accouchement au 8^e mois. Enfants vivants. Infarctus. Persistance de l'albuminurie pendant 1 an 1/2.*

N^o 344. — *Année 1932.*

Mme Jac. Marie, 39 ans. 3^e gestation.

Antécédents héréditaires :

Rien à signaler.

Antécédents personnels :

Scarlatine à 24 ans en 1917 sans complication rénale. Diphtérie en 1928 avec paralysie des membres, à prédominance sur les membres supérieurs n'ayant laissé aucune séquelle.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} gestation : 1913.

Accouchement normal à terme fille 3.000 gr. décédée au 3^e jour. Pas d'albuminurie constatée pendant la gestation.

2^e gestation : 1918.

Accouchement normal à terme garçon vivant 4.500 gr. Hémorragie de la délivrance. Pas d'albuminurie.

3^e gestation : D.R. 2-6 juin 1931. La gestation a été régulièrement suivie par M. Dignonnet. Urines normales ne contenant pas d'albumine.

18 janvier 1932 : Apparition d'une albuminurie importante associée à de l'œdème des membres inférieurs.

23 janvier : Hospitalisation à la Clinique Baudelocque.

Examen obstétrical : H.U. 36. Gestation gémellaire. Bruits du cœur perçus au niveau de deux foyers d'auscultation.

Examen général : Oedème volumineux des membres inférieurs.

Tension artérielle 21-11 1/2. Oligurie 500 gr. Albuminurie 8 gr. Présence de cylindres granuleux et hyalins et de pus en petite quantité. Urée sanguine 0,50 Constante K 0,209.

Examen oculaire : Fond d'œil normal.

Sous l'influence de la diète hydrique l'albuminurie baisse progressivement pour se maintenir aux environs de 3 gr. La diurèse augmente à 1 litre environ. La tension artérielle est à 8-11. L'urée sanguine reste à 0,50. La malade ne présente aucun signe de défaillance cardiaque ; il existe simplement un claquement au 2^e bruit à la base.

15 février 1932 : Accouchement au 8^e mois de deux filles vivantes pesant 1.700 et 1.930 gr. Placenta 700 gr. deux masses placentaires réunies par un pont membraneux ; un infarctus blanchâtre étendu le long du bord d'un des placentas.

Suites de couches : l'albuminurie diminue progressivement pour subsister à l'état de trace.

2 mars : Tension artérielle 12 1/2 - 8 1/2.

19 février : Urée sanguine, 19 février 0,51,

22 mars : Urée sanguine 0,25.

19 février : Constante K 0,149.

22 mars : Constante K, 0, 102.

Va bien actuellement. A continué à examiner ses urines : l'albumine a disparu depuis août 1933. Les deux jumelles vont bien. On n'a pas pu faire d'examen rénal.

Obs. XXXVI. — *Troisième gestation, 36 ans. Néphrite aiguë. 7^e mois T.A. 19-12 Albuminurie. Accouchement au 8^e mois. Enfant vivant 1950. Infarctus. Actuellement examen normal.*

N^o 1.433. — Année 1932.

Mme Le..., Andrée, 36 ans, troisième gestation.

Antécédents héréditaires :

Rien à signaler.

Antécédents personnels :

Rougeole. Oreillons. Bronchites fréquentes. Otite suppurée double en 1915. Hospitalisée pendant 2 mois 1/2 à Saint-Antoine, on constate de l'albuminurie et elle suit un régime déchloruré pendant 2 ans, mais ne fait plus examiner ses urines et ne sait pas quand l'albuminurie a disparu.

1^{re} gestation : 1924. Pas d'albuminurie au cours de la gestation. Hospitalisée à Baudelocque ; au début du travail on constate un œdème volumineux des extrémités. La tension artérielle est élevée 24 -12 1/2. Les urines sont normales.

Accouchement à terme enfant 2.750 gr. Placenta 430 gr. sans infarctus anciens ou récents. 10 jours après l'accouchement tension artérielle 15/3.

2^e gestation : Albuminurie pendant les 3 derniers mois de la gestation. La tension artérielle n'est pas prise. Accouchement normal à terme enfant 3.500 gr.

Depuis le deuxième gestation la femme se plaint de céphalée, dyspnée, troubles de la vue. Elle présente des œdèmes au niveau des membres inférieurs et de la face.

3^e gestation : R.D. 16-21 septembre 1931. Les troubles présentés antérieurement persistent et s'exagèrent. Pas d'albuminurie jusqu'à fin avril.

9 mai : Albumine 0 gr. 90.

23 mai : Tension artérielle 17-11 Albuminurie.

Hospitalisation à la Clinique Baudelocque. Tension artérielle 19/12. Cœur normal. Albuminurie 0,50. Pas d'œdème. Urée sanguine 0,50. Constante 0,10. Diurèse 1 litre 1/2 à 2 litres.

Malgré le régime lacté l'albuminurie persiste à 0.50 ou 1 gr. La tension artérielle baisse 15/9 le 4 juin.

7 juin : Accouchement normal au 8^e mois fille vivante 1.950 gr. Placenta 330 gr. quelques infarctus anciens. Un caillot adhérent de la surface d'une pièce de 1 franc laissant, quand on le détache, une dépression en cupule sur le placenta.

Suites de couches : tension artérielle 15/11. Albuminurie disparaît au 8^e jour. Diurèse augmente, 3 litres.

5 juillet : Urée sanguine 0,45.

Revue en février 1934. Bon état général Tension artérielle 13/9. Urée sanguine 0,47. Albumine 0. Pas de nouvelle gestation. Enfant bien portant.

Obs. XXXVII. — Deuxième gestation 27 ans. Tuberculose pulmonaire 2^e mois, œdèmes. Albuminurie. T A. 17-11. Avortement thérapeutique au 4^e mois. Poussée d'azotémie. Examen normal actuellement

N° 1.625. — Année 1932.

Mme Bru..., Georgette, 27 ans. deuxième gestation.

Antécédents héréditaires :

Père 63 ans bronchitique chronique. Mère 70 ans bien portante. 1 frère décédé à 14 ans de la grippe. Un frère décédé de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels :

En 1922 abcès froid de la face dorsale du pied gauche fistulisé et guéri définitivement en décembre 1924.

En 1925 hémoptysie : présence de B.K. dans l'expectoration lésion du poumon droit. Amélioration de l'état général et disparition des B.K. au bout de 4 mois.

En 1927, 9 mois après son premier accouchement, deuxième poussée évolutive. Six mois après, disparition des B.K. et amélioration de l'état général.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} gestation : 1927. Accouchement normal à terme à la Clinique Baudelocque, fille vivante 3.600 gr. Pas d'albuminurie

2^e gestation : D.R. 26-28 février 1932.

13 avril : Congestion pulmonaire avec température élevée. En même temps elle augmente de 12 kg en 10 jours. La face est bouffie. Les urines sont rares. Albuminurie 4 gr. 40. Céphalée. Epistaxis.

7 mai : Elle est mise au régime lacté qui entraîne une diurèse abondante et la disparition des œdèmes. L'albumine diminue (1 gr. — 1 gr. 20).

4 juin : Hospitalisation à la Clinique Baudelocque. Léger œdème au niveau des malléoles et de la face. Albuminurie 4 gr. Tension artérielle 17/11. Urée sanguine 0,53. K. 0,25. Urines 2 litres 1/2 à 3 litres, contenant de nombreuses cellules épithéliales de la vessie. leucocytes, hématies, rares colibacilles, pas de B.K. Inoculation au cobaye négative

Examen pulmonaire : images cavitaires dans les régions sous-claviculaires des deux côtés, mais surtout à gauche.

4-25 juin : La malade est gardée en observation. Malgré le régime l'albuminurie persiste (1-2 gr). Tension artérielle 16/10, Urée sanguine : 9 juin : 0,64, 21 juin : 0,50.

25 juin : M. le Professeur Couvelaire décide l'interruption de la gestation. Après dilatation aux lamineaires et pose d'un ballon :

29 juin : Curage digital qui ramène un fœtus paraissant mort depuis un certain temps.

Après le curage la malade fait une poussée d'azotémie.

5 juillet 2 gr. 35.

8 — 2 gr. 45.

10 — 2 gr. 35.

11 — 2 gr. 05.

13 — 1 gr. 68

15 — 1 gr. 69.

19 — 1 gr. 85

29 — 1 gr. 23

4 août 0 gr. 30

L'albuminurie persiste (1 gr. à 0,60). Les urines sont abondantes (2 litres environ). Les œdèmes disparaissent.

18 août : Une épreuve de chloruration montre une élimination normale des chlorures.

27 octobre 1932 : Bon état général. Albuminurie : traces. Urée sanguine 0,42. 29 % de phénolsulfonephtaléine sont éliminés.

En janvier 1934 : Scarlatine soignée à l'Hôpital Pasteur. Aucune complication rénale à cette occasion. Tous les examens ont été normaux.

En avril 1934 : Tension artérielle 12/7. urée sanguine 0,32. K. 0,09. Albuminurie 0.

Obs. XXXVIII. — *Première gestation, 29 ans. Néphrite aiguë. Albuminurie. Accouchement à terme. 3.300 enfant vivant.*

N° 1.884. — Année 1932.

Mme Leg..., Angèle. 29 ans. première gestation.

Antécédents héréditaires :

Père décédé accidentellement. Mère décédée à 57 ans de laryngite tuberculeuse.

Antécédents personnels :

Scarlatine à 6 ans. Pleurite à 17 ans. Néphrite aiguë à 27 ans. Pas d'étiologie nette. Albuminurie et hématurie. Pas d'œdème. Durée 3 semaines.

Parait guérie sans séquelles.

1^{re} gestation : D.R. 16-18 septembre 1931.

13 juin 1932 : On constate de l'albumine pour la première fois. L'albumine persiste malgré le régime lacto-végétarien.

28 juin : Hospitalisation à Baudelocque. Tension artérielle

14-7. Urée sanguine 0,50. Constante 0,15. Albumine 0,25 à 0,50. Diurèse 1 litre 1/2 à 2 litres. Léger oedème des membres inférieurs.

30 juillet : Accouchement normal à terme fille vivante 3.330 gr. Placenta 680 gr. pas d'infarctus. Tension artérielle après la délivrance 13/8.

Suites de couches normales. Etat de la mère et de l'enfant bon à la sortie.

Va bien actuellement, ainsi que son enfant.

Obs. XXIX. — *Deuxième gestation, 21 ans. Néphrite aiguë dès le début. Albuminurie. Phénol 35 %. Avortement thérapeutique au 3^e mois. Examen normal actuellement.*

N^o 2.685. — *Année 1932.*

Mme Elk..., Yvette, 21 ans, deuxième gestation.

Antécédents héréditaires :

Parents bien portants. Un frère mort de méningite.

Antécédents personnels :

Angines fréquentes jusqu'à l'âge de 16 ans. Rougeole. Néphrite aiguë en mars 1932, avec oedème important, albuminurie élevée (6 gr.) oligurie et hématurie. Hospitalisée à l'Hôpital Bichat dans le service du Professeur Lemierre elle sort le 24 avril 1932 conservant une albuminurie à 2 gr., urée 0,45, tension artérielle normale ; les oedèmes ont disparu.

Antécédents obstétricaux.

1^{re} gestation : 1931.

Accouchement normal à terme le 13 janvier 1932 garçon 3.750 gr. nourri au sein. Pas d'albuminurie pendant la gestation.

2^e gestation : D.R. 1^{er} juillet 1932. Dès la fin de juillet des oedèmes apparaissent au niveau des membres inférieurs et de la face. La femme se plaint de céphalée, de troubles de la vue. Albuminurie. Cet épisode est considéré dans le service du Professeur Lemierre comme une poussée de néphrite évolutive.

27 août, 4 septembre : hospitalisation à la Clinique Baudelocque pour discuter l'opportunité d'un avortement thérapeutique.

Pas d'œdème. Albuminurie : traces. Diurèse 1 litre. Pas de cylindres, ni d'hématies dans les urines. Urée sanguine 0,26. Phénolsulfonephtaléine 30 %. Tension artérielle 12/5.

Examen oculaire : négatif. Tension artérielle rétinienne 120/60 (élévation de la tension minina).

Les différents examens étant négatifs en dehors de l'élimination de la phénolsulfonephtaléine on décide l'abstention thérapeutique.

29 septembre 1933 : hospitalisée une deuxième fois à la Clinique Baudelocque : Albuminurie 1 gr. Urée sanguine 0,35. Phénolsulfonephtaléine 35 %.

Etant donné la persistance de troubles du fonctionnement rénal M. le Professeur Couvelaire pose l'indication de l'interruption de la gestation le 25 octobre.

Dilatation aux lamineires suivi d'un curage digital sous anesthésie au chloroforme. Après l'évacuation utérine on a étudié l'urée sanguine, l'urée urinaire et la phénolsulfonephtaléine.

Urée sanguine : 0,35 4 jours avant l'avortement ; elle est montée 2 jours après à 0,47, puis est tombée à 0,30 le 3^e jour pour se maintenir à ce chiffre.

L'urée de l'urine a légèrement augmenté en même temps que l'urée sanguine montait ; elle est passé de 17 gr. à 26 gr. 2 jours après l'avortement puis est descendue progressivement à son chiffre antérieur.

La phénolsulfonephtaléine était à 29 % trois jours avant l'avortement ; elle est tombée 2 jours après l'avortement à 16 %, pour remonter 6 jours après à 60 %.

Examinée en janvier 1934 dans le service du Professeur Lemeirre le fonctionnement rénal était absolument normal.

Obs. XL. — *Cinquième gestation 38 ans. Troubles endocriniens depuis la quatrième gestation. T.A. 19-13. Albuminurie. Accouchement prématuré provoqué au 8^e mois. 3.000 mort-né, infarctus. Amélioration.*

Nouvelle gestation en 1933, enfant vivant 2670. Hyperension.

N° 3.092. — Année 1932.

Mme Leg..., Marthe, 38 ans, cinquième gestation.

Antécédents héréditaires :

Père 58 ans bien portant. Mère décédée à 60 ans des suites de brûlures. 2 collatéraux bien portants. 4 décédés en bas âges

Antécédents personnels :

Depuis son quatrième accouchement en 1921 les règles sont restées régulières, mais ont diminué d'abondance, en même temps que le poids augmentait de 40 kg. En même temps apparition de dyspnée d'effort et de céphalée.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} gestation : 1911. Accouchement normal à terme fille 3.000 gr. bien portante.

2^e gestation : 1915. Accouchement normal à terme garçon 3.000 gr. bien portant.

3^e gestation : 1916. Accouchement normal à terme fille vivante décédée à 2 ans.

4^e gestation : 1921. Accouchement normal à terme fille vivante 3 000 gr. bien portante.

Au cours des 2^e et 4^e gestations on a examiné les urines qui ont toujours été normales.

5^e gestation : D R. 5-6 avril 1932.

En août : Apparition de crises de dyspnée de décubitus, puis d'œdèmes des membres inférieurs. Epistaxis fréquentes. Céphalée. Amaurose transitoire ayant duré 2 jours.

24 novembre 1932 : Hospitalisation à la Clinique Baude-locque.

Examen obstétrical : Hauteur utérine 36. Présentation céphalique, enfant vivant.

Examen général : Tension artérielle 24/13. Souffle systolique et aortique avec claquement du 2^e bruit. Oedème volumineux au niveau des membres inférieurs. Diurèse 1 litre environ. Albuminurie 1 gr. 50. Les jours suivants sous l'influence du régime lacto-végétarien déchloruré la tension baisse.

1^{er} décembre : tension artérielle 18 1/2 -12 1/2. L'albuminurie diminue 0,25. Urée sanguine 0,48. K. 0,20. Les œdèmes diminuent au niveau des membres inférieurs, mais apparaissent au niveau des mains. Cette amélioration est transitoire.

2 décembre : Tension artérielle 25/13. Les œdèmes augmentent. Des troubles de la vue apparaissent.

15 décembre : *Examen oculaire :* pas de lésions du fond de l'œil, mais hypertension rétinienne très élevée, Mx 160,

Mn 120. Tension artérielle 24-13 1/2. Urée sanguine 0,76. K. 0,25. Phénolsulfonephtaléine 25 %.

21 décembre : M. le Professeur Couvelaire, en raison de l'accentuation des symptômes, de l'état général qui est mauvais, fatigue, somnolence depuis quelques jours, pose l'indication d'un accouchement prématuré provoqué.

23 décembre : Après expulsion spontanée d'un ballon de Champetier de Ribes, accouchement normal d'un garçon mort-né, pesant 3.000 gr. Placenta 490 gr. quelques petits infarctus anciens et récents. Les lésions sont peu importantes et dans l'ensemble le placenta est sensiblement normal. Après l'accouchement : tension artérielle 23/14.

Suites de couches : la diurèse augmente un peu (1 litre 1/2). L'albuminurie persiste (0gr. 50 à 0 gr, 75). La tension artérielle baisse : 14-9 1/2 le 2 janvier.

Urée sanguine 0,42 le 3 janvier. Phénolsulfonephtaléine 55 % le 27 décembre. K. 0,09 le 29 décembre.

Depuis son accouchement les règles ne sont reparues. En septembre 1933 la femme remarque l'apparition de légers œdèmes des membres inférieurs et quelques jours plus tard elle sent remuer.

5 octobre : Elle est examinée pour la première fois. Tension artérielle 19-16. Albuminurie. Bruits du cœur non perçus.

4 décembre : Hospitalisation à la Clinique Baudelocque.

Examen obstétrical : Parois adipeuses rendant l'examen très difficile. Gestation de 7 mois environ. Bruits du cœur non perçus.

Examen général : Céphalée. Epistaxis. Pas de troubles oculaires. Tension artérielle 23-13. Souffle systolique aortique et claquement du 2^e bruit.

Signes de congestion pulmonaire à la base gauche. Diurèse 500 à 750 gr. Albuminurie 1 hr. 50. Urée sanguine 0,34. Légers œdèmes des membres inférieurs. La femme est mise à la diète hydrique.

6-9 décembre : Elle est mise au jus de carottes (3 kg par jour), et au jus d'orange. La tension reste élevée, la diurèse mauvais. On revient à la diète hydrique et lactée qui semble entraîner une légère amélioration. Diurèse 1 litre. Tension artérielle 18 1/2 - 12 1/2.

16 décembre : La tension remonte 25/13 1/2. Céphalée, vive, agitation. Apparition de phases d'amaurose de peu de durée, 20 minutes environ.

Examen oculaire : hypertension artérielle rétinienne. Pas d'hémorragies. Papilles légèrement décolorées. Artère temporale supérieure sinueuse. Veine nasale inférieure sinueuse traduisant la gêne circulatoire.

Saignée de 400 gr. Après la saignée tension artérielle 21/14. Les jours suivants l'état reste stationnaire, la tension artérielle est élevée 251-3.

20 décembre : La femme quitte la Clinique Baudelocque et revient le 31 décembre pour son accouchement.

1^{er} janvier 1934 : Accouchement normal garçon vivant 2.670 Placenta 470 gr. un seul infarctus ancien du volume d'une noix.

Suites de couches : diurèse 1 litre, albuminurie élevée pendant les 3 premiers jours (6 gr). puis diminue 0,25 le 7 janvier, jour de la sortie. Tension artérielle baisse légèrement (19/12). Examen oculaire : légère congestion veineuse traduisant une gêne dans la circulation encéphalique.

Obs. XLI. — Première gestation, 24 ans 4^e mois. Hypertension œdèmes, albuminurie. Accouchement au 7^e mois, macéré. Infarctus. Disparition de tous les symptômes.

N^o 3.147. — Année 1932.

Mme Dar..., Marie-Rose. 24 ans, première gestation.

Antécédents héréditaires :

Père 51 ans hypertendu ? Mère décédée à 28 ans d'occlusion intestinale. Un collatéral bien portant.

Antécédents personnels :

Ictère à la naissance. Ictère à 9 ans.

Réglée à 14 ans, puis arrêt des règles pendant un an avec syndrome d'hypothyroïdie. Augmentation de poids de 8-10 kg en 7 mois. Aspect bouffi Tous ces troubles cessent lors de la réapparition des règles à 15 ans.

Sinusite gauche à 14 ans.

1^{re} gestation : D.R. 28 mai- 1^{er} juin 1931.

En octobre : poussée de sinusite gauche pendant 8 jours.

15 octobre : Oedème des membres inférieurs. Albuminurie 0,17; malgré le régime lacto-végétarien œdème et albuminurie augmentent.

17 novembre : céphalée, œdème volumineux des membres

inférieurs. Tension artérielle 18 Mx. Albuminurie 4 gr. 90
La femme est mise au régime lacté.

20 décembre : Consultation à la Clinique Tarnier. Tension artérielle 22 Mx. Albuminurie 7 gr. Oedèmes volumineux. Epistaxis fréquentes. Les bruits du cœur ne sont pas perçus,

23 décembre : Tension artérielle 17-12. Albuminurie 6 gr. Bruits du cœur O.

24 décembre : Hospitalisation à la Clinique Baudelocque. Tension artérielle 16-10. Albuminurie 4 gr.50. Oedème au niveau des membres inférieurs, des mains et de la face. Diurèse 1 litre. B.W. négatif. Amélioration des jours suivants. Albuminurie 1 gr. Tension artérielle 14/9. Les oedèmes diminuent.

28 décembre : Expulsion d'un fœtus macéré pesant 800 gr. Placenta 270 gr. Deux dépressions en cupule de la surface d'une pièce de 5 francs contenant des caillots noirâtres ; plusieurs infarctus récents à la coupe.

Suites de couches : l'albuminurie disparaît au 6^e jour. Tension artérielle 12-8. Urée sanguine 0,40 le 28 décembre. La diurèse n'est pas modifiée (1 litre).

Obs. XLII. — *Deuxième gestation 32 ans. Dès le début : oedèmes. Albuminurie. Azotémie progressivement croissante. Hypertension. Accouchement prématuré à 7 mois 1/2. Macéré, Mort.*

N° 2.316. — Année 1933.

Mme Vil..., Marthe. 32 ans, deuxième gestation.

Antécédents héréditaires :

Père 66 ans bien portant. Mère 67 ans hémiplégique depuis 5 ans. 4 collatéraux bien portants. Une sœur décédée à 25 ans de pleurésie. Un frère décédé à 14 ans de péritonite. Un frère tué à la guerre.

Antécédents personnels:

Grippe en 1918. Appendicectomie à froid en 1926. Pleurésie gauche en 1927. Des radios successives faites à l'Hôpital Saint Joseph, n'ont montré aucune lésion pulmonaire.

Antécédents obstétricaux :

1^{re} gestation : 1925.

Accouchement normal à terme garçon 4.800 gr. Pas d'albumine.

2^e gestation : D.R. 19 mars 1933. Un jour après l'arrêt des règles apparaît brusquement un œdème volumineux des membres inférieurs. Un examen d'urines montre 5 gr. 50 d'albumine. Elle a une tension de 17 1/2 -9.

La femme est mise au régime lacté jusqu'au 31 juillet. Les œdèmes ne sont pas influencés par le régime et persistent, volumineux. L'albumine diminue progressivement pour atteindre 0,48 le 31 juillet. La diurèse est abondante..

Pas de troubles de la vue.

Le diagnostic de gestation n'est pas fait.

31 juillet : Hospitalisation à l'Hôpital Lariboisière dans le service du Docteur Clerc. On trouve à l'examen : albuminurie 0,48, tension artérielle 17-8, urée sanguine 0,83. B.W. négatif

On laisse la femme au régime lacté et on lui donne du neptal et de l'ouabaïne.

Les œdèmes persistent, toujours aussi volumineux.

12 août : La malade quitte Lariboisière pour entrer à la Maison Dubois. Etat stationnaire. Urée sanguine 0,87.

On constate pour la première fois la présence d'un gros utérus et on pense à la possibilité d'une gestation. La femme est adressée à la Clinique Baudelocque.

24 août : Hospitalisation à la Clinique Baudelocque. Albuminurie oscillant entre 4,50 et 1,50. Urée sanguine 0,87. Tension artérielle 12-8. Oedème des membres inférieurs. Diurèse 1 litre à 1 litre 1/2. Troubles de la vue : Baisse de l'acuité visuelle ; brouillard devant les yeux.

La femme quitte la Clinique le 1^{er} septembre.

On lui prescrit un régime lacto-végétarien déchloruré.

1^{er} septembre-25 octobre : L'albuminurie augmente progressivement pour atteindre 8 et 9 gr. Les œdèmes persistent malgré le régime.

25 octobre : Hospitalisation à la Clinique Baudelocque. Urée sanguine 1 gr. 60. Albuminurie 4 gr. Oedème. Tension artérielle 15/9.

Examen obstétrical : Hauteur utérine 28. Bruits du cœur non perçus.

2 novembre : Expulsion par le siège d'un fœtus macéré pesant 1.200 gr. Placenta 310 gr. pas d'infarctus.

Suites de couches : l'albuminurie reste stationnaire aux environs de 3 et 4 gr. Les œdèmes des membres inférieurs disparaissent rapidement après l'accouchement. La tension artérielle est à 16-8. L'azotémie s'accroît progressivement.

Urée sanguine : 6 novembre 1 gr.70, 13 novembre 1 gr. 90 ;
21 novembre 2 gr. 40.

La femme a des vomissements fréquents empêchant toute alimentation. Pas de diarrhée. Erythème scarlatiniforme au niveau des membres inférieurs de l'abdomen et de la paroi antérieure du thorax.

Examen oculaire : Neurorétinite en voie d'amélioration forte.

Ni exsudats, ni hémorragies.

22 novembre : La femme est passée à Claude-Bernard dans le service du Professeur Lemierre où elle est décédée au bout de quelques jours.

CONCLUSIONS

I. En l'absence d'antécédents de néphrite antérieure à la gestation, le diagnostic de néphrite chronique au cours de la gestation est souvent incertain en raison de l'existence possible au cours de la gestation d'un syndrome caractérisé également par de l'hypertension, des œdèmes et de l'albuminurie, disparaissant après l'accouchement.

II. Certains éléments permettent de poser le diagnostic avec certitude quand ils existent. Ce sont : l'hypertension associée à une hypertrophie du ventricule gauche, ou à des signes d'insuffisance cardiaque, l'azotémie élevée, la constatation de symptômes de néphrite chronique dès le début de la gestation.

III. Le pronostic de la néphrite chronique est variable suivant les cas.

Parfois la gestation entraîne l'apparition de manifestations graves, parfois elle ne semble pas avoir d'influence. Rien ne peut faire prévoir l'évolution au début de la gestation.

Immédiatement après l'accouchement, on observe souvent une amélioration qui peut n'être que momentanée et n'a aucune valeur pour le pronostic d'avenir.

IV. La néphrite chronique a une influence fâcheuse sur le fœtus. La mortalité est très élevée. La prématuration est habituelle. Le pronostic paraît mauvais même dans les formes légères.

V. Etant donné que l'évolution de la néphrite chronique pendant la gestation est variable suivant les cas et où il est impossible de prévoir cette évolution, les résultats de la thérapeutique obstétricale sont difficiles à apprécier.

Nos observations qui comprennent 10 cas d'avortements thérapeutiques ne nous permettent pas de juger de la valeur réelle de l'avortement thérapeutique, parce que les interventions ont été pratiquées presque toujours dans les cas graves en présence d'une menace vitale immédiate. Les résultats, malgré l'interruption, ont été mauvais (9 cas graves ont été interrompus — trois femmes sont mortes après l'intervention, une est morte 4 ans après).

Nous avons l'impression que si l'avortement est quelquefois indiqué, c'est plutôt à titre prophylactique dans des formes évolutives ne menaçant pas encore immédiatement l'existence de la malade, mais qui semblent aggravée par la gestation récente (Obs. N° XXXIX).

Vu, le Doyen,
ROUSSY.

Vu, le Président de la Thèse,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Abadie.** — Thèse de Bordeaux, 1910-1911.
- Achard et Feuillée.** — Soc. Méd. des Hôp. 21 juin 1912, p. 295.
- Adam.** — Arch. d'Obst. 1919, p. 59.
- Ambard (L.).** — Physiologie normale et pathologique des reins, (Paris, Masson, 1921).
- Baer.** — Contribution au problème des néphrites et néphroses de la gestation. (*J. Am. M. Ass.* Chicago, 1922, p. 622,625)
- Baisch.** — Verl. Deutsch. ges. Gynäk, 15-1913.
- Balard.** — Soc. Obst. gynec. Bordeaux, 1922, p. 143, 190.
- Banister.** — Albumine de la gestation et conséquences éloignées (*Brist. M.J.* 1930, t. II, p. 857^e).
- Bar.** — Leçons de Pathologie obstétricale, 1907, vol II.
- Bar, Brindeau et Chambrelent.** — La pratique de l'art des accouchements, Vol. II,
- Bar et Mercier.** — Faits pour servir à l'étude de la perméabilité rénale au bleu de méthylène à la fin de la grossesse normale, dans l'albuminurie gravidique et dans l'éclampsie. (*Bull. Soc. Obst. et gynec.* 1898, p. 64).
- Beckers.** — Néphrite chronique et gestation (*Revue franç. de gynec. osbt.* n° 2, février 1927).
- Blum (L.).** — Azotémie, chlorémie, réserve alcaline (*Soc. Med. Hop.* 14 décembre 1928).
- Blum (L.), Van Caulaert et Grabar.** — Les différents types de néphrites avec azotémie. (*Presse Médicale*, 19 janvier 1929).

- Blum (L.), Van Caulaert et Grabar.** — Quand faut-il donner, supprimer le sel aux brightiques. (*Presse Médicale* 1^{er} mai 1929).
- Blum (Van), Caulaert et Grabar.** — Syndrome azotémique grave par manque de sel. (*Gaz. des Hop.*, 28 novembre 1928).
- Boissard.** — Grossesses répétées chez les albuminuriques. (*J. des praticiens*, 1905).
- Brochier.** — Six observations d'albuminurie accompagnées de rétention chlorurée au cours de la gestation, (Thèse, Lyon 1931).
- Breakey.** — (*The Lancet* 15 octobre 1932, p. 833).
- Bumm (F).** — Grundriss zum Studium der geburtsildfe München, 1922.
- Bund.** — *Zeutralblatt f. Gyn.* 12 décembre 1925, p. 2879.
- Burnier.** — (thèse de Paris, 1910-1911).
- Caldwell et Lyle.** — (*Am. J. Obst. Gynec.* 1921, II, 17).
- Castaigne.** — (*J. Med. Français*, 1921, t. X. n° 7).
- Chirié.** — Recherches expérimentales sur l'éclampsie, (Th. de Paris, 1906-1907, n° 217).
- Cleisz et Laudat.** — (*Gyn. et Obst.* 1927, t. II, p. 81).
- Clifford et Farr.** — Azote total non protéinique dans le sang au cours des toxémies de la gestation, (*Am. J. of Obst. and. gyn.* 1914).
- Cornell.** — Néphrites pendant la gestation. (*Med. Chir. N. Am. Philad.* 1921-22, 1765, 1773).
- Coudray.** — Indications de l'interruption de la grossesse chez les albuminuriques, (Thèse de Paris, 1900).
- Couvelaire.** — (*Gynécologie et Obst.* 1920, n° 5, p. 305).
- *Soc. Obst. gyn. de Paris*, 1922, p. 348.
- L'uretère à la fin de la gestation et pendant le travail, (*Soc. Obst. gyn.* 14 mai 1910, p. 119).
- Note sur la topographie gravidique du pédicule utérin à la fin de la gestation et pendant le travail. (*Revue de gyn. obst. et ped.* novembre, décembre 1911, p. 68).

Couvreux. — Contribution à l'étude de la rétinite gravidique (*Th. de Paris*. 1921).

Delmas. — (Soc. Obst. gyn. de Montellier, 1913, p. 259).

Desjacques. — Etude du fonctionnement rénal chez les femmes enceintes albuminuriques, (*Th. Paris* 1919, 1920)

Döderlein (G.). — (Arch. Franç. Gynec. 1925, CXXV. p. 655)
— Verb. Berliner des Geburtsch, 23, I, 1931).

Estienny et Lasserre (J.). — L'azotémie puerpérale, (*Gaz. des hopitaux*, 31 janvier 1934, p. 154).

Farr et Volhard. — (Zent. f. Gynak, 1928, t. I, p. 474).

Gerest. — Accouchements prématurés provoqués dans les albuminuries gravidiques, (*Th. Lyon*, 1913).

Geotat. — Néphrites chroniques sans albuminurie, (*Th. Paris*, 1922, n° 180).

Gibson. — Des albuminuries toxiques de la grossesse, suites immédiates et éloignées, (*J. Of. Surg. gyn. and obst.* 1921, XXXII, 513).

Gibberd. — (Brit. Med. J. 13 avril 1929, p. 674).
— Résultats de l'albuminurie survenant pendant la gestation (*Proced of. Roy. Soc. of Med.*, mars 1928, n° 3, XXI, p. 831)

Ginglinger. — Traitement de l'albuminurie gravidique. (*C.R. in Bull. S. Obst. Gyn. de Paris*, 1928, p. 100).

Greenhill. — (J. Am. Med. As. 1926, 228, XXXVII).

Grosse et Moissard. — (Revue française de gyn. et obst. avril 1928).

Harris. — (Bull. Jchn. Hopkins Bosp, avril 1924).

Heitz. — Crises hypertensives chez des femmes ayant présenté autrefois de l'éclampsie, (*Arch. des maladies du cœur et des vaiss. t. XVII*, n° 5, mai 1924).

Herwilt. — Les protéines urinaires dans les néphrites de la gestation, (*The lancet*, 12 janvier 1929, p. 66).

- Heynemann.** — Diagnostic différentiel entre la néphrite gravidique et la néphrite chronique au cours de la gestation. *Zentralblat. f. gynak.* Leipzig, 1925, XX, 2290, 2296).
- Les affections rénales au cours de la gest. (*Zent. f. Gynk.* Leipzig, 1930, X, 449, 458).
- Eclampsie, (in *Handbuch der Urologie* V. Lichtenberg, und Voelcker. Springer Edit. Berlin, III, Band, 7).
- Hiess et Beckman.** — Sur la pathologie et la chirurgie des affections rénales au cours de la gestation. (*Zentralb. f. gynak.* Lepzig, 1921, X, 1773).
- Hinselmann (H.).** Die Eklampsie, Bonn, 1924.
- Hofstein.** — Diagnostic des azotémies au cours de la gestation (*Gynec. et Obst.* Janv. 1931, p. 57).
- Hugel.** — Indications de l'accouchement prématuré provoqué au cours des néphrites. *Verensbl. Pfälz herzte.* Frankenthal, 1911, XXVII, 37).
- Hussy.** — Schweiz Med. Wochens, 1921, 37-39).
- Israel.** — (Gaz des Hôp. 22 avril 1933).
- Jeanney et Walter.** — (J.A.M.A. 17 décembre 1932, p. 2079)
- Jaschke.** — Etude des conceptions et du diagnostic différentiel des diverses affections rénales au cours de la gestation. (*Arch. f. gynck.* Berlin, 1920, CXIV, 215, 228).
- Jaschke.** — Les reins et la gestation (*Wien. Med. Wochens*, 1933, XXIII, 277).
- Jeannin.** — (*J. des Praticiens*, 22 juillet 1923).
- Pronostic des albuminuries gravidiques (*Leçons cliniques* Tarnier, 1929).
- Kanniker.** — Examen rénaux : répétition avant et après l'accouchement (*Zent. f. Gynak*, n° 24. 13 juin 1930, p.1493)
- Killian et Sherwn.** — Analyses chimiques de la gestation normale et anormale. (*Am. J. of. Obst. and. Gyn.*, 1921, 2).

Kobes. — Le sort des femmes éclamptiques, (*Zent. f. gyn.* n° 11-15 mars 1939, p. 666).

Kolischer (J.). — Conception moderne des troubles rénaux pendant la gestation. (*Am. J. of. Obst. and. Gyn.* n° 5. mai 1924).

De Lee (J.B.). — Néphrites pendant la gestation (*J. A. M. Ass.* Chicago, 1912, 618-620).

— The principles and practice of obstetrics. Philadelphia, 1927, p. 385.

Le Lorier. — La constante uréïque chez la femme enceinte. (*Ann. Gyn. Obst.* 1912, p. 632).

Lemierre. — Leçons de la clinique Baudelocque, 1924.

Lepage (P.). — Pronostic éloigné de l'albuminurie chez les femmes enceintes. *Congrès int. obst. et gyn.* Berlin, 1912. in *Ann. gyn obst.*, 1912, p. 557 et 665).

Lichtwitz. — *Albuminurie de la gestation.* (*Klinische Woch.* 4 février 1933, n° 169).

Mathieu. — Néphrite chronique et gestation (*Thèse de Paris*, 1924).

Merklen. — (*Gyn et Obst.* 1925, p. 309).

Moleyre. — (Thèse de Lyon, 1930-31).

Molinari. — Influence de la mort du fœtus sur na néphrite gravidique. (*Berl. Klin, Wochen*, 1912, n° 37, p. 1761).

Neuwirth. — Examens ultérieurs chez la femme éclamptique, (*Thèse de Wurzburg*, 1926).

Nevermann (H.). — *Arch. F. Gynak*, 1927, CXXIX, 891).

Peckham. — Néphrite chronique consécutive à l'éclampsie. (*Bull. Johns. Hopkins Hosp.* septembre 1929, p. 1176)

Peckham. — Néphrite chronique consécutive à une toxémie apparente de la gestation. (*Am. J. Of. Obst. Gyn.* n° 3. mars 1932).

Picaud (Georges). — 42 cas d'albuminurie gravidique, Thèse de Lyon, 1932, 33).

- Plass.** — La courbe de l'azote du sang dans la grossesse normale et dans les toxémies gravidiques. (*Bull. of. the Johns. Hopkins. Hasp.* n° 405. novembre 1924).
- Post et Stieglitz.** — *Am. Journ. Med. Science*, 1926, CIXXI, p. 648).
- Pougin (André).** — Contribution à l'étude de la physiologie de l'appareil urinaire au cours de la grossesse normale, (*Thèse, de Paris*, 1928).
- Powilewicz.** — (Leçons de la clinique Baudelocque, 1924).
- Rathery et Froment.** — Les classifications des néphrites, (*Presse Médicale*, 24 mars, 1934, p. 473).
- Un essai de classification des néphrites, (*Presse médicale*, 4 avril 1934, p. 529).
- Ribemont-Dessaigne et Lepage (G.).** — Traité d'obstétrique.
- Rivière (M).** — Quelle part convient-il d'attribuer à la syphilis dans l'étiologie des albuminuries dites gravidiques. (*Gyn. et Obst.*, 1929, t. II, p. 100).
- Rosenburg (C).** — Rapports entre les maladies des reins et la gestation : accouchement et suites de couches, in-8° Frankfurt. A.M. 1919.
- Sachs.** — L'interruption de la gestation au cours des affections rénales. (*Med. klin. Berl.* 1917, XIII, 855, 879, 912.
- Les dangers des affections rénales au cours de la gestation. (*Deutsche Med. Wochenschrift*, Leipzig et Berlin, 1918, X liv. 801-804).
- Schilling (E.).** — Rein gravidique. Issue fatale 9 semaines après l'accouchement. (*Gyn. et Obst.* 1925, t. I, p. 238).
- Schlayer.** — Gestation et affection rénale. (*Monatschrift für Geburt und gynak.* (Berl. 1913, XXXVIII. 2734).
- Schulz.** — (*Munch. Med. Woch.*, 15 décembre 1932, p. 2038).
- Selitzky (Serge).** — Néphropathies, néphroses et néphrites de la grossesse (*Gyn. et Obst.* t. XXIX, n° 4, avril 1934).

- Slomon.** — Is albuminurie likely to recur in successive pregnancies. (*Am. J. of Obst.*, 1931 LXVII, 849).
- Stander et Peckham.** — Pronostic de la néphrite au cours de la gestation. (*Ann. J. of Obst. ans. gyn.* n° 4, octobre 1931).
- Stieglitz (Ed.).** — Néphrite de la gestation. (*Am. J. Of. Obst. and gyn.*, janvier 1931).
- Sym.** — Pronostic dans les cas d'éclampsie et d'albuminurie de la gestation (*The Lancet*, 5 octobre 1929, p. 638).
- Tarnier.** — Traité d'accouchements, Paris, Steinteil, 1886, t. II, p. 127.
- Théobald.** — (*The Lancet*, p. 626, 25 mars 1933).
- Vallery-Radot (Pasteur).** — Les méthodes actuelles d'exploration du fonctionnement rénal dans les néphrites chroniques (*Thèse de Paris*, 1917-1918, n° 97).
- Précis de Pathologie médicale, t. IV, Maladie des reins. Paris, Masson, 1922.
- Conception actuelle des néphrites. (*La semaine des hôpitaux de Paris*, 1931, p. 601, 611).
- Vaquez (H.).** — L'hypertension (*Bull. de la Soc. Med. des Hôp.* 1903, 3^e série, t. XXI, p. 120).
- Hypertension paroxystique aiguë, (*Paris, Med.* 1920, n° 50, p. 436).
- Vignes (H.).** — Recherches sur l'avenir des femmes atteintes d'éclampsie, (*Journal des Praticiens*, 14 mars 1931, p. 167).
- Vinay.** — Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches (Paris, Baillière, 1894).
- Voron.** — Société d'Obst, et de Gyn, de Lyon, 1925, p. 390.
- Voron et Pigeaud.** — Deux observations de néphrite hypertensive diagnostiquées au cours de la grossesse. (*Soc. d'Obst. et de Gyn.* n° 7, juillet 1930, p. 491).
- Weill (A.).** — L'azotémie au cours des néphrites chroniques, (*Th. de Paris*, 1912-1913, p. 152).

Weill et Wilhelm. — Troubles oculaires et état puerpéral
(*Soc. d'obst. de Paris*. 19 janvier 1911, p. 18).

Werner. — Nouvelle contribution à l'étude du fonctionnement rénal au cours de la gestation et des suites de couches normales et pathologiques. (*Arch. f. gynak.*, 1921).

— Affections rénales et gestation, *Wien Med. Woch.*, 1923, l. XXIII, p. 145, 157.

Wesselow (de). — J. of. Obst. and. gyn. Brkt. Empire, 1922, XXIX, p. 21, 43.

Whiteridge et Williams. — Obstetrics New-York, 1926, p. 594, 595.

Widal (F.) et Lemierre (A.). — Pathogénie de certains œdèmes brightiques. Action du chlorure de sodium ingéré, (*ull. Soc. Med. des Hôp.* 1903). 3^e série, t. XX, p. 678.

Widal, Morax et Weill (A.). — Rétinite albuminurique et azotémie, (*Bull. Soc. Med. des Hôp.* 1910, 3^e série, t. XXI, p. 429).

Widal. — Les grands syndromes du mal de Bright, (*Journ. Med. Franc.*, 1911, t. IV, p. 18).

— Les grands syndromes fonctionnels du mal de Bright, (*Presse Médicale*, 1912, n° 96, t. XX, p. 973).

Widal et Javal. — La cure de déchloruration dans le mal de Bright., Paris, Baillière, 1913.

Widal, Weill (A.) et Vallery-Radot (Pasteur) — L'azotémie initiale, son pronostic, (*Presse Médicale*, 1917, t. XXV, p. 681).

Widal (F.), Weill (A.) et Vallery Radot (Pasteur). — Les grandes étapes de l'azotémie dans le mal de Bright, (*Presse Médicale*, 1918, t. XXVI, p. 261).

Young (James). — Proc. Roy. Soc. Med. 1929, t. XXII, p. 314.

— J. Obst. and. Gyn. Br. Empire, 1927. t. XXXIV, p. 279.

Zondek. — Reins et gestation. (*Klin Wochenschrift*. Berlin, 1933, p. 1869, 1872.

Zondek et Jacobovitz. — Sur le sort des femmes qui ont subi une intoxication gravidique (néphrite, éclampsie), (*Klinische Wochenschrift*, t. III, n° 4, 22 janvier 1924).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	15
Historique	17

PREMIERE PARTIE

ETUDE DES OBSERVATIONS	23
Discussion des éléments du diagnostic de néphrite chronique pendant la gestation	25
Etiologie	35
Age. — Parité	40
Date d'apparition des manifestations de la néphrite chronique au cours de la gestation	41
Etude des manifestations de la néphrite chronique au cours de la gestation	43
Evolution	52
Pronostic	67
Traitement	70

DEUXIEME PARTIE

DISCUSSION	73
Considérations pour le diagnostic	75
Considérations pour le pronostic	79
Considérations pour la thérapeutique	80

TROISIEME PARTIE

OBSERVATIONS	83
CONCLUSIONS	137
BIBLIOGRAPHIE	139



